ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

TOME TROISIÈME (2me SÉRIE.)

MARS 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECIN,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-B. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

3me LIVRAISON. — MARS 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 3. — MARS 1836.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Indiquer l'exposition, l'emplacement, la distribution, la direction matérielle, hygiénique et médicale, les plus convenables pour l'établissement d'un hospice d'aliénés; Mémoire couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, au concours ouvert en 1834; par A. Brierre de Boismont, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien médecin des hôpitaux de Paris et de Varsovie, Chevalier de la Légion-d'Honneur et du mérite militaire de Pologne, etc.

> L'homme au lit de la mort attache peu de prix à la gloire, à la réputation, aux vaines distinctions dont il a été l'objet; mais s'il a été utile à ses semblables, il espère dans la miséricorde de Dieu.

L'isolement des aliénés et la création d'hôpitaux spéciaux sont des faits aujourd'hui consacrés par l'expérience. Mais si tous les hommes éclairés sentent le besoin d'une surveillance particulière pour les maladies de l'esprit, peu connaissent les conditions nécessaires à un établissement d'insensés. C'est qu'en effet, il n'existe point de bâtiment modèle dans ce genre, et qu'on est obligé de parcourir une foule d'instituts divers, pour trouver dans chacun d'eux, ce qu'il conviendrait de réunir dans un seul. La plupart des hôpitaux destinés aux aliénés sont d'anciens couvens, auxquels on a adapté, le mieux qu'on a pu, de nouvelles constructions. L'uniformité de plan ne saurait alors exister, et le but le plus important ne se trouve point atteint. Une qualité non moins utile, pour bien construire un hôpital d'aliénés, est la connaissance parfaite du genre de vie de ces malades. C'est donc au médecin qui a dirigé ses études vers cette partie de la médecine, qui a longtemps vécu avec les fous, qu'il appartient de tracer le plan d'un semblable institut. Les phases différentes par lesquelles passent ces maladies exigent des classemens variés. Les monomaniaques agités, gais, tristes; les maniaques turbulens, furieux, les suicides, les convalescens ne sauraient être réunis, ni habiter le même lieu pendant toute la durée de leur affection. Qui pourra mieux que le médecin d'aliénés, indiquer la marche qu'il convient de suivre dans ces cas. Mais il ne suffit pas de bien classer les malades, de les faire successivement passer dans les divisions qui leur conviennent, il faut encore que toutes les parties qui composent un semblable édifice soient disposées de telle sorte qu'on puisse les embrasser presqu'au même instant, car l'excellence de la maison dépend de la facilité de la surveillance. L'asile le plus parfait serait celui dont on pourrait saisir l'ensemble d'un seul coup d'œil. Plan uniforme, direction éclairée, hygiène bien entendue, médecine spéciale (1) tels sont les points principaux de ce mémoire.

Pour traiter convenablement cette question, nous ne nous sommes point contenté de nos propres recherches; et quoique nous eussions visité avec le plus grand soin les principaux établissemens de l'Europe, nous avons interrogé les hommes qui jouissent d'une réputation méritée, dans cette branche si importante de la médecine; M. Esquirol, M. Desportes, administrateur des hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre, M. de Boutteville, directeur de l'asile de Saint-Yon, M. Blanche, directeur de la maison de santé de Montmartre M. Lelut, médecin à Bicêtre, ont bien voulu nous aider de leurs lumières; nous les en remercions sincèrement, et si notre ouvrage ne satisfait point la docte assemblée de Bruxelles, la faute en est à nos faibles moyens, car les matériaux nous étaient donnés.

Exposition, emplacement, distribution, direction matérielle.

Un établissement dont le principal but est d'isoler du monde des êtres que la vie sociale a privés de leur raison, ne saurait sans inconséquence être placé au milieu des hommes. Puisque l'aliénation doit, dans l'immense majorité des cas, son origine à nos vices, à nos passions, à nos misères, en un mot à la civilisation; il faut éloigner la victime des lieux qui lui rappellent son malheur. Si vous mettez le malade dans les villes ou aux portes des villes, il n'aura point le repos qui lui est si nécessaire. Un seul fait prouve toute l'utilité de cette mesure. Lorsqu'une figure étrangère se montre pour la première fois au milieu des fous, on remarque bientôt parmi eux de l'agitation et souvent des cris, de la fu-

(1) Il ne peut être question ici de la médication pharmaceutique, mais seulement des qualités du médecin, et de la conduite qu'il doit tenir à l'égard des aliénés.

reur, attestent combien toute impression nouvelle leur est préjudiciable. Quel est le médecin qui n'a pas observé les effets de la tranquillité et du silence sur les maniaques! Combinés avec les bons traitemens, ils suffisent pour faire cesser, en quelques jours les transports les plus furieux. Nous verrons plus tard que certaines nations de l'Europe ont bien compris l'influence de ce moyen dans la construction imparfaite, si non vicieuse de leurs établissemens.

La campagne solitaire, à peu de distance de la ville, voilà donc l'endroit le plus convenable pour une maison d'aliénés. Par là l'on évite les droits d'octroi, si considérables dans un grand établissement, et l'on est à proximité de tous les approvisionnemens. Mais il ne suffit pas d'avoir choisi un emplacement solitaire, il faut encore qu'il présente des conditions indispensables à un pareil séjour. Ainsi, le sol ne doit pas être humide, car on verrait régner des infiltrations, des maladies de nature scorbutique, des variétés de la dysenterie, certaines maladies des voies aériennes, etc. Plusieurs médecins Milanais nous ont assuré, il est vrai, que l'humidité n'est pas aussi préjudiciable aux aliénés qu'on l'a prétendu; ils croient que les fièvres intermittentes, qui sont communes à Milan, ont un heureux résultat pour les maniaques, et ils assurent que plusieurs d'entre eux ont été guéris en contractant ces fièvres. Cette opinion qui a déjà été soutenue dans l'antiquité, nous paraît très-erronée; les furieux ne forment qu'une très-petite portion des fous; les monomaniaques tranquilles, les mélancoliques, les imbéciles et les démens ne sauraient si bien se trouver de cette influence. L'humidité du sol Milanais n'est-elle pas d'ailleurs une des causes principales de la fièvre pétéchiale que nous avons vu régner d'une manière endémique dans ces contrées!

Un terrain sec est donc une des premières qualités d'une habitation d'aliénés. Le sol sablonneux est le plus favorable à ce but. En contribuant à la salubrité des bâtimens, il ne donne lieu à aucune dépense extraordinaire dans la construction de leurs fondations; la couche ferme se rencontrant ordinairement à peu de profondeur, il ne faut enlever que quelques pieds de terre pour poser la première assise. D'autres conditions ne sont pas moins nécessaires au succès de cet établissement; il faut qu'il soit abondamment pourvu d'eaux pour le besoin du service. Les bains sont une des premières nécessités des aliénés; plus on peut leur en donner, mieux ils s'en trouvent. C'est ce qu'on a parfaitement senti dans l'institut de Saint-Lazarre, près Reggio de Modène; les eaux qui manquent dans la plupart des maisons de ce genre, ou du moins qui y sont distribuées en trop petite quantité, sont habilement ménagées à Saint-Lazarre, et arrivent dans les lieux d'aisances, les cours, les corridors. Leur abondance est d'ailleurs un stimulant pour la propreté, et les parties de l'établissement sont d'autant mieux tenues que les serviteurs ont plus d'eau à leur proximité. Pour en avoir toujours en réserve, les canaux ne doivent pas être d'un trop petit volume, car il arrive alors qu'ils se bouchent et que les établissemens manquent d'eau, ce que nous voyons tous les jours dans les hôpitaux de Paris où les médecins sont souvent forcés de refuser les bains qu'ils jugent nécessaires.

Le terrain doit présenter quelques accidens. Trop uni, il fatigue la vue par sa monotonie. Les élévations naturelles ou artificielles multiplient les points de vue. Il est plus d'un aliéné qui se montre sensible à la beauté d'un paysage. Les monomaniaques passent quelquefois des heures à regarder une belle vue, et certains maniaques ne sont point étrangers à ce genre de plaisir.

Mais ce qu'il importe c'est, que les terrains soient vastes, étendus, ombragés par une grande quantité d'arbres, et qu'il s'y trouve beaucoup de lieux défendus contre les ardeurs du soleil. La multitude des arbres donne de la gaîté aux habitations, leur ombrage invite à la promenade, et l'on respire plus à son aise sous leur feuillage protecteur. Un grand nombre d'aliénés ne font rien, ils aiment à se promener, à marcher, ou bien ils restent des heures entières à l'air à la même place. Ils ont donc besoin de vastes promenades couvertes, où ils puissent au moins jouir de tous les bienfaits de l'air. Plus les promenades sont grandes, moins les moyens coercitifs sont nécessaires, l'aliéné dépense son excès de forces dans la marche. L'espace l'invite sans qu'il s'en doute, et beaucoup doivent à ces courses continuelles un repos et un sommeil que n'auraient pu leur procurer les narcotiques les plus héroïques. Remarquons en passant que ces médicamens qui sont souvent utiles, lorsque les forces sont épuisées, agissent, au contraire, d'une manière toute opposée, lorsque le système nerveux est fortement excité. L'air, la verdure, les allées couvertes, les plaines de gazon, les fleurs doivent donc être comptés au nombre des moyens hygiéniques utiles aux aliénés. Les jouissances de la vue viennent ici se réunir aux bienfaits de l'air. L'étendue des terrains a d'autres avantages, qu'il convient de signaler, elle permet de consacrer certaines parties à des buts d'utilité, et de cacher aux malades la surveillance qu'on exerce sur eux.

L'exposition du terrain ne mérite pas moins d'attention; s'il est au midi, abrité par un coteau, placé dans le voisinage, il ne se trouve point livré à l'action des vents et particulièrement à celle des vents du nord, qui sont souvent pour les aliénés la cause d'une foule de maladies intercurrentes. Quant à la direction des bâtimens, l'est est le point qui leur convient le mieux. La chaleur du midi en été, le froid du nord en hiver sont deux extrêmes qu'il faut également redouter. L'air du levant est frais; les vents qu'il apporte sont éminemment propres à l'assainissement des salles.

Le terrain choisi dans un lieu sec, pourvu d'eau, bien boisé, exposé au midi, à l'abri des vents, quel plan adoptera-t-on dans la construction des bâtimens? Les travaux de tous les médecins, ceux de notre maître Esquirol, ont démontré jusqu'à l'évidence que le rez-de-chaussée était la seule élévation convenable dans un établissement d'aliénés.

Que d'inconvéniens, en effet, attachés aux bâtimens à plusieurs étages! Grilles, verroux, serrures, barreaux,

cages en fer pour les escaliers, voilà les accompagnemens obligés de ces maisons. Qui ne sait combien l'aspect de semblables lieux doit jeter de terreur dans les esprits des aliénés et surtout dans celui des monomaniaques tristes dont la classe est malheureusement si nombreuse. Ce n'est pas seulement comme prisons que ces établissemens sont répréhensibles, ils ont l'inconvénient fort grave d'ériger une surveillance beaucoup plus active, qui devient très-fatigante et par cela même souvent illusoire. La hauteur des escaliers rend d'ailleurs les aliénés paresseux, et ce n'est qu'avec peine qu'on les fait aller à la promenade. L'élévation des étages réveille dans l'esprit des suicides des idées sinistres qu'une disposition contraire fait souvent évanouir. Les malades qui éprouvent un commencement de paralysie, ceux qui sont faibles sur leurs jambes, les démens, les idiots placés dans des étages supérieurs ne peuvent qu'être difficilement conduits dans les cours; aussi plus d'une fois les avons-nous vu rester constamment dans leurs corridors. Enfin les maladies du cœur, si nombreuses chez les aliénés, sont encore une raison pour placer leur résidence au rez-de-chaussée.

Tous ces inconvéniens disparaissent par l'adoption des rez-de-chaussée. Plus de nécessité alors d'employer le système des géoles, portant moins de pensées fâcheuses. La situation du terrain de niveau avec les cellules ou les dortoirs, invite les malades à se promener. Ils voient leurs commençaux sortir à chaque instant, et cette vue les excite à en faire autant. La surveillance est facile, et les gens de service moins multipliés peuvent remplir leurs devoirs avec bien moins de fatigue. La ventilation des appartemens, si utile à ces malades, se fait alors sans difficulté. Mais pour que les salles, les cellules construites au rez-de-chaussée soient salubres, il faut qu'elles soient élevées sur des voûtes, sous lesquelles passeront des courans d'air. Sans les voûtes, le parquet ne tarde pas à se laisser pénétrer par l'humidité qui fait sans cesse des progrès. Bientôt il se tapisse d'une mousse verdâtre, salpêtrée qui change la couleur du parquet, le décompose et se communique aux soubassemens des murs. Ce n'est qu'avec le secours des voûtes garanties elles-mêmes de l'humidité par des courans d'air, qu'on parvient à maintenir le sol du rez-de-chaussée dans une sécheresse parfaite.

Nous venons d'exposer le plus fidèlement qu'il nous a été possible les raisons alléguées par M. Esquirol pour faire prévaloir dans la construction des édifices d'aliénés le plan du rez-de-chaussée, faisons connaître de notre côté les motifs qui nous portent à modifier ce système, peut-être trouveront-ils quelque créance auprès des hommes de l'art. On ne peut se dissimuler que la création d'un institut d'aliénés, d'après les idées de M. Esquirol n'exige un immense déployement de terrain. Les frais sont alors bien plus grands, et les autorités locales effrayées s'empressent de remettre le projet dans les cartons. Mais ce n'est pas seulement comme achat de terrain que l'exécution est dispendieuse, elle le devient plus encore par l'érection des pavillons séparés : tandis que l'élévation d'un premier étage, véritable entresol, n'augmente pas la dépense de plus d'un tiers, contribue à l'assainissement des pavillons, en les rendant plus secs, et leur ôte de leur monotonie et de leur tristesse.

Si ces raisons paraissent bonnes, sous le rapport de l'économie, et nous le croyons, il ne s'agit plus que de chercher si les dispositions que nécessitent leur adoption, sont contraires aux opinions reçues sur le traitement des aliénés. Pour cela il importe de savoir si tous les aliénés ont besoin, sous peine de santé ou de vie, d'habiter le rez-de-chaussée. Plusieurs distinctions doivent être faites à ce sujet. Il est incontestable que les maniaques agités, les mélancoliques, les suicides, les furieux, les demi-paralytiques, les gâteux, les épileptiques qui ont des attaques fréquentes, ne pourraient habiter le premier étage sans inconvénient ou sans danger pour eux; mais l'aliénation tout entière n'est pas dans ces malades, elle n'en forme qu'une division nombreuse il est vrai, mais qui n'en embrasse pas la moitié. La classe plus considérable des convalescens, des monomanes tranquilles, des maniaques paisibles, des démens, des imbéciles qui ne sont pas tourmentés par des idées de destruction, des épileptiques dont les attaques sont éloignées et légères, peut habiter sans aucun risque le premier étage. Quant aux idiots nous pensons qu'une partie d'entre eux doit être placée au rez-de-chaussée. Si l'on nous objecte que parmi ces malades, il en est qui sont sédentaires et qui préfèrent rester dans leurs chambres ou leurs dortoirs, à la fatigue que leur causera un escalier de 20 marches, nous répondrons qu'un réglement bien exécuté, comme nous l'avons vu dans plusieurs maisons, aura promptement accoutumé les malades à descendre dans la cour, la salle de travail ou le réfectoire aux heures indiquées.

L'élévation d'un premier étage rend d'ailleurs moins facile l'évasion des aliénés qui ne peuvent plus se servir des colonnes du promenoire couvert pour s'échapper; et lors même que la nature de la maladie ne permet pas de placer les aliénés au premier, nous croyons que cet étage peut être utilement enployé, comme magasin, grenier, séchoir, etc.

Si les motifs que nous avons fait valoir, pour élever les pavillons d'un étage, ont quelque valeur, on voit de suite les avantages matériels qui en résulteront. L'emplacement moins considérable, les sections moins nombreuses, diminueront prodigieusement les dépenses, et permettront une surveillance moins étendue. Les plus fortes objections qu'on peut nous faire reposent sur le traitement et la sûreté des malades; nous avons démontré que les classifications généralement adoptées n'en éprouvaient aucun changement, que les aliénés pouvaient passer d'une division dans l'autre suivant le degré de leur maladie, et qu'enfin la vie ne pouvait être compromise, puisque tous ceux pour lesquels, il y aurait danger à habiter le premier étage resteraient au rez-de-chaussée.

L'habitation des convalescens va nous présenter quelques considérations intéressantes, et peut-être pourrons-nous, par une répartition plus en harmonie avec

leurs besoins, diminuer encore le nombre des pavillons de l'établissement. Nous avons acquis par une longue expérience la conviction que les moyens moraux jouaient le plus grand rôle dans la seconde partie du traitement de l'aliénation. Certes on ne peut se refuser à ranger dans cette classe la permission accordée au malade convalescent d'abandonner sa cellule pour aller vivre dans le quartier du directeur et du médecin. C'est pour lui une sorte d'initiation aux devoirs de la société dans laquelle il va bientôt rentrer, et une satisfaction intérieure de s'éloigner des lieux qui lui rappellent une affection douloureuse. Le convalescent, placé sous les yeux du directeur et du médecin, les voit plus fréquemment encore, en reçoit à chaque instant des avis bienveillans et fortifie sa raison par la vue et la conversation des employés de la maison. Persuadé de l'exactitude de ces remarques, nous proposerions de placer le logement des convalescens dans le bâtiment du directeur au rez-de-chaussée ou au premier étage, ils occuperaient une portion de l'aile parallèle aux pavillons. Une partie de leur quartier pourrait être construite en dortoir et l'autre en cellules.

Avec le plan que nous proposons, il serait facile de réduire le nombre des sections des hommes, y compris celles des épileptiques et des furieux, à neuf. La même division serait adoptée pour les femmes; mais au lieu de construire les sections pour vingt malades, on les ferait pour trente, à cause du plus grand nombre de folles aliénées.

Ces points préliminaires établis, cherchons maintenant quel ordre doit présider à la construction des bâtimens. Il y a longtemps qu'on a dit que la meilleure distribution d'un institut d'aliénés était celle qui permettait de saisir en peu d'instans tout l'ensemble des divisions. Le plan panoptique adopté par quelques maisons pénitentiaires serait, sans doute, le meilleur à suivre, mais il a l'inconvénient de former des angles aigus pour aboutir au point central, et de rétrécir d'une manière très-gênante les espaces consacrés aux aliénés. La forme carrée étant aujourd'hui la plus généralement adoptée, c'est aussi celle que nous prendrons pour base de notre plan, en ne perdant pas de vue toutefois qu'un des quatre côtés doit toujours être percé d'une clairière qui permette à l'œil de se reposer sur des objets agréables. Mais pour que cette disposition offre tous les résultats désirables, il ne faut pas que personne puisse passer devant ces grilles, parce qu'alors les malades s'exaspèreront à la vue des étrangers et qu'ils ont l'air d'être dans de véritables cages.

Trois divisions principales composeront l'établissement. L'une d'elles, centrale destinée à l'administration (personnel et matériel) aura un premier étage; elle se subdivisera en trois corps de logis, séparés par deux cours. Le premier péristyle de l'édifice servira de logement à l'aumônier, au médecin en chef, aux élèves en médecine, aux employés et au concierge. C'est dans cette partie du bâtiment que seront placés le bureau d'entrée, la salle de réception, la salle de garde, les vestiaires pour hommes et pour femmes. Le second corps de logis servira d'habitation au directeur, à l'économe, au pharmacien, au médecin adjoint. Cette division contiendra également la pharmacie, les officines, les magasins des étoffes, des toiles, des ustensiles. Dans les voûtes se trouveront la cuisine, les magasins de comestibles, l'étal, la panneterie, l'épicerie, etc. Cette distribution qui existe à Saint-Yon, nous a paru très-bonne. L'étage supérieur pourra être surmonté d'un belvédère d'où l'on découvrira toutes les parties de l'édifice. Dans le dernier bâtiment qui formera le parallélogramme, on réunira la chapelle, la communauté, la lingerie, la boulangerie, la buanderie (coulerie, lavoir, dépôt de linge sale, séchoir, repassage et pliage), la mâtelasserie, l'amphithéâtre, la salle des morts, le bûcher, la charbonnerie, le réservoir et la pompe à feu. Si ces constructions n'étaient pas suffisantes, on pourrait bâtir sur les côtés. Noblesse et simplicité, tels devraient être les caractères distinctifs de l'architecture du monument. On ne perdra point de vue qu'il est destiné à l'une des plus grandes misères de la vie humaine, et que le luxe des ornemens et des sculptures serait déplacé en pareille circonstance. Avant de terminer ce qui est relatif à ce bâtiment, rappelons une disposition de l'asile de Saint-Yon qui nous a paru très-convenable. A l'entrée de la maison, il existe une grande salle qui est suivie d'un beau jardin. Cette partie sert de parloir; les parens et les malades ne sont point gênés les uns par les autres, et ont un espace suffisant pour se promener.

De chaque partie latérale du second corps de logis partira un long corridor qui servira à lier les pavillons d'aliénés placés sur ses flancs. Ces pavillons seront au nombre de neuf, quatre de chaque côté. Le neuvième destiné aux furieux, sera placé à l'extrémité de chaque aile. La même division aura lieu pour les deux sexes. Nous avons dit qu'il fallait construire neuf sections pour chaque sexe, il devient indispensable de faire connaître sur quelles données et d'après quelles classifications nous proposons ce nombre de pavillons. Dans les établissemens français, les aliénés se divisent en deux grandes sections : 1° les individus curables comprenant les monomaniaques, les maniaques, les suicides, les furieux, quelques stupides et démens; 2° les individus incurables, contenant les monomaniaques et les maniaques à type rémittent, intermittent, périodique, les démens, les imbéciles et les idiots. A ces deux classes, il faut joindre les convalescens et les épileptiques; le plus ordinairement ceux-ci sont placés dans le même hôpital, mais dans une division séparée.

Voici d'après les registres de Bicêtre et de la Salpêtrière les proportions dans lesquelles se présentent ces maladies :

Bicêtre 31 décembre 1824.

Fous.	curables.	147	107 en traitement. 40 convalescens.
	incurables.	268	
	imbéciles.	225	
Epileptiques.	curables.	5	
	incurables.	183	
		828	

Ce qui donne un individu curable sur trois et demi incurables.

M. le docteur Lelut a eu la complaisance de nous adresser l'état de la population de Bicêtre pour cette année ; il en résulte que le nombre des malades est moins considérable qu'il y a dix ans. La division ne comprend que 752 individus dont 168 épileptiques. Le chiffre des aliénés atteints de paralysie générale est de 44. On compte 110 idiots ou imbéciles. Le reste se compose de maniaques et de démens dans une proportion de 1/4 et de 1/5 pour ces derniers. M. Lelut affirme que les monomaniaques vrais sont excessivement rares ; opinion que nous avons nous-même émise il y a quelques années dans un mémoire sur l'aliénation mentale.

Salpêtrière, 31 décembre 1824.

Folles.	curables.	199	152 en traitement 47 convalescens.
	incurables.	656	
	imbéciles.	660	
Epileptiques.	curables.	32	
	incurables.	295	
		1842	

Ce qui établit une maladie curable sur six malades et demi incurables, abstraction faite des épileptiques dans les deux classes.

Maintenant si nous comparons les deux divisions, nous trouvons que s'il faut deux sections pour les fous curables, il en faudra six pour les incurables, et un nombre plus considérable pour les folles ; mais comme dans l'incurabilité, les malades sont généralement tranquilles, presque entièrement privés de raison, on n'est pas dans la nécessité de les isoler comme les malades en traitement ; les cellules indispensables dans ce cas, peuvent être remplacées par des dortoirs, disposition qui augmente considérablement les espaces. En plaçant les convalescens dans le bâtiment de l'administration, on obtient de nouveaux logemens dans les pavillons. Ces bases établies, trois pavillons pourront être exclusivement consacrés aux malades en traitement, les cinq autres seront pour les incurables, les épileptiques et l'infirmerie.

Voici dans quel ordre nous nous proposerons de classer les malades :

Convalescens dans le bâtiment de l'administration.

Monomaniaques. Suicides.	1
Délire aigu, maniaques.	2
Imbéciles, démens.	1
Idiots.	1
Infirmerie. Gâteurs. Paralytiques.	2
Épileptiques.	1

Un bâtiment éloigné de tous les autres sera destiné aux furieux qui sont toujours en petite quantité. Faisons observer cependant que ces malades sont plus nombreux parmi les classes inférieures de la société, ce qui tient à la brutalité de leurs passions et au manque total d'éducation. Aussi ne faut-il pas perdre de vue ces réflexions, lorsqu'on construit un hospice d'aliénés. A l'imitation des maisons de santé de Milan et de l'hôpital san Bonifazio à Florence, peut-être conviendrait-il d'établir dans ce bâtiment une chambre obscure. Celle de san Bonifazio est tapissée dans tous les sens de nattes, recouvertes d'une toile noire ; on y enferme les furieux qui sont trop agités ; presque toujours ils se calment promptement. Dans la maison de la Senavretta à Milan, on fait à volonté paraître le jour et la nuit, tomber la pluie, gronder le tonnerre. Le docteur Lombardi nous a dit qu'il employait ces moyens dans le cas de fureur et de stupeur accidentelle et qu'il en avait obtenus de bons résultats.

Nous avons vu que le nombre des femmes aliénées en France était beaucoup plus considérable que celui des fous. En Belgique on trouve également que le nombre des folles l'emporte sur celui des fous. Il résulte, en effet, des tableaux statistiques dressés par M. Guislain, qu'en réunissant tous les insensés qui ont existé depuis 1820 jusqu'en 1825 dans les provinces de nord Hollande, on a :

2157 hommes.
2363 femmes.

Il serait donc nécessaire de créer un plus grand nombre de sections pour les femmes, ou mieux encore, d'agrandir les proportions des pavillons existans, en les mettant en état de recevoir trente malades par étage. Je suppose maintenant qu'on veuille former un institut de 500 aliénés, il faudra calculer le logement pour 240 hommes et pour 260 femmes environ, un peu plus, un peu moins.

Une question non moins importante se présente maintenant. Convient-il que toutes les sections soient à cellules ou à dortoirs, ou bien doit-on admettre les deux systèmes séparément. Voici ce que l'expérience nous a appris à ce sujet : les monomaniaques, les suicides, les maniaques, les furieux, les fous agités ne pourraient impunément être mis en dortoir ; il leur faut dans l'immense majorité des cas l'isolement le plus complet, soit parce que la vue de leurs compagnons d'infortune les attriste, ou les irrite, soit parce qu'ils troublent le repos des autres. La méthode de traitement n'est pas d'ailleurs la même pour tous, il faut la varier à l'infini, et les conseils qu'il est si souvent nécessaire de donner ne sauraient, sans de graves inconvéniens, être entendus de tous. Les moyens de rigueur, les réprimandes, les admonitions sévères auxquels on est fréquemment obligé d'avoir recours pendant la durée de la maladie, trop répétés exerceraient à la longue une influence fâcheuse pour le caractère de médecin, car s'il a besoin de se faire respecter, il doit joindre la douceur à la fermeté.

Mais s'il est essentiel que les aliénés dont nous venons de parler soient isolés, qu'ils aient leurs cellules, cette mesure n'est plus applicable aux convalescens.

aux démens, aux imbéciles, aux idiots, aux gâteurs paralytiques et autres, ainsi qu'aux aliénés atteints de maladies incidentes. Les convalescens, en effet, prêts à rentrer dans la société, ont besoin de faire un premier essai du monde; leur réunion a donc pour objet de les réaccoutumer à ces usages, à ces bienséances même auxquels ils vont bientôt être soumis. En se voyant ils sentent la nécessité de s'observer et le contrôle qu'ils exercent sur eux devient plus rigoureux et plus sévère. Quant aux malades compris dans la seconde classe, ils n'ont plus besoin que d'être surveillés; les dortoirs rendent cette surveillance beaucoup plus facile, elle exige d'ailleurs un nombre moins considérable de serviteurs.

Saint-Yon et plusieurs autres établissemens admettent des pensionnaires dont les prix sont une ressource précieuse pour ces maisons. Le nombre de ceux qui payent une pension élevée est très-peu considérable; on pourrait donc avoir comme à Saint-Yon une petite maison isolée pour eux. Nous avons remarqué dans la maison de convalescence de Sonnenstein une disposition qui mérite d'être consignée ici. Cette institution ne contient que deux classes de personnes; mais par une mesure fort sage et qui montre l'esprit éclairé du directeur, on n'a plus égard à l'arrangement par classe, si l'aliéné, quoique pauvre, est un homme instruit, ou a eu dans le monde une position brillante; il passe alors dans la première classe.

La forme adoptée pour chaque section sera celle du carré. C'est elle, avons-nous dit, qu'on retrouve dans les constructions neuves de Bicêtre, de la Salpêtrière, de Charenton, de Saint-Yon et de la maison de M. Esquirol à Ivry. Mais dans la construction des sections, on ne devra point s'écarter de ce principe, que leur isolement soit assez grand pour que d'une section on ne puisse voir ni entendre ce qui pourrait se passer dans une autre.

Une section se composera 1° de la loge du premier surveillant et de ce même côté, 2° du magasin; 3° de la chambre des infirmiers; 4° du réfectoire ou de la salle de réunion; 5° d'une laverie.

Dans les deux ailes perpendiculaires à ce côté se trouveront les cellules ou les dortoirs. Ceux-ci ne contiendront pas plus de dix lits. Cette distribution que nous avons trouvée dans le bel hôpital civil de Munich, nous semble bien préférable aux grandes cathédrales de l'Italie et même à nos longues salles de France où l'on voit pleuvoir les pleurésies et les pneumonies au premier refroidissement de la température. Le côté parallèle à la loge du premier surveillant sera ouvert par une grille qui donnera sur un jardin, ou sur des massifs d'arbres, de verdure et de gazon. Dans un des angles sera la porte de communication avec l'extérieur pour les malades tranquilles ou qui veulent bien travailler. Dans l'autre angle se trouvera le cabinet d'aisances. Ce cabinet, ainsi que le propose M. Desportes, sera divisé en deux parties, un côté pour recevoir les malades qui pourront s'y rendre, et l'autre pour servir de vidoir aux vases de nuit; la propreté est liée à la stricte exécution de cette disposition. Le cabinet sera placé autant que possible, dans un courant d'air du nord au midi; il sera pourvu d'un égoût particulier se rendant à l'égoût général, ou d'un appareil de fosse inodore. Il n'est personne qui n'ait été frappé de la mauvaise disposition des lieux d'aisances dans les établissemens publics. Presque toujours ils exhalent une odeur infecte qui oblige à s'en éloigner à l'instant. Plus d'une fois, dans certains hôpitaux de Paris, nous avons gémi sur cet oubli des lois de l'hygiène. On remédierait à ce grave inconvénient en remplaçant au fur et à mesure toutes les anciennes latrines par des appareils à l'anglaise; ou bien encore en pratiquant sur la fosse même, ou immédiatement au-dessous de l'appareil une cheminée dont le diamètre serait égal à celui de l'ouverture de tous les siéges; cette cheminée serait élevée jusqu'à la partie la plus haute des bâtimens. Un excellent moyen consiste à établir au-dessus du cabinet de latrines, un petit réservoir alimenté par un robinet garni d'un flotteur. A l'aide d'une mécanique fort simple, le malade en poussant la porte du cabinet pour entrer, emplit le récipient; en sortant, il tire à lui la porte, et par ce mouvement, il vide le récipient avec une grande force sur la cuvette. L'eau, en la traversant, emporte tous les résidus, et nettoie les parois sans le secours de personne. Ce moyen est usité à la Salpêtrière avec succès. Dans la plupart des cellules de l'hôpital san Bonifazio à Florence, les garde-robes sont disposées de telle manière que lorsque l'aliéné s'asseoit, le poids de ses pieds abaisse la soupape, qui ne remonte que lorsqu'il s'est retiré. Un autre mécanisme consistant en deux supports mobiles, placés à l'endroit où l'aliéné pose ses mains, concourt au même but. Ce moyen pourrait être perfectionné, en faisant couler une nappe d'eau, qui enlèverait le reste des matières. Nous conseillons de conduire les eaux pluviales et ménagères de chaque section, à ruisseau découvert dans l'égoût d'embranchement des latrines. C'est un moyen naturel de les laver, sans aucune peine et de perdre ces eaux, sans les faire passer par un chemin trop long.

En parlant du côté d'entrée, nous avons énuméré les pièces qui doivent s'y trouver. La chambre des infirmiers des malades incurables devra contenir trois lits. Celle des malades en traitement en aura au moins quatre, parce que la surveillance est plus nécessaire, les besoins plus nombreux, et qu'il est indispensable d'avoir des veilleurs. Le réfectoire qui servira aussi de salle de réunion, de chambre de travail, devra avoir 30 pieds carrés sur 15 pieds environ d'élévation. La nuit toutes les croisées seront ouvertes. Les fenêtres seront munies de vasistas. Le magasin renfermera le linge, les vêtemens et les ustensiles. La laverie, dont on pourrait aussi faire une cour de service, sera destinée aux écurages, aux lavages et à l'essangeage du linge.

Les habitations des aliénés méritent toute l'attention sous le rapport de l'hygiène. Nous n'avons point oublié le fait suivant cité plusieurs fois par M. Dupuytren dans ses leçons orales : toutes les fois, disait ce célèbre praticien, que la salle Sainte-Marthe, contenait quatre

ou cinq lits de plus que ceux qu'elle renferme habituellement, nous avons vu, dans les épidémies de typhus, cette affreuse maladie y apparaître aussitôt. Il suffisait, pour l'arrêter, d'enlever le nombre de lits excédans. Les dimensions des salles, des cellules, devront donc être l'objet d'une surveillance toute spéciale. Si la section est à cellules, celles-ci devront avoir 11 pieds de profondeur sur 9 de largeur et autant de hauteur.

La situation des fenêtres et des portes des cellules n'est point une chose indifférente. Trop hautes, les fenêtres donnent à la cellule l'aspect d'une prison. Nous avons signalé ce vice dans l'hôpital de Sant'Orsola à Bologne. Cette élévation ne permet point la libre circulation de l'air, et a surtout le grand défaut d'empêcher de surveiller la conduite des malades. Pour être utiles, il faut qu'elles soient opposées aux portes, hautes, et placées à un pied ou deux de terre. Le courant d'air est alors établi, et lorsqu'on ouvre pendant le jour ces deux entrées, les miasmes, élément du malade, sont chassés. Les croisées hautes, à peu d'élévation du sol, et vis-à-vis la porte livrent un passage facile dans la loge de l'aliéné, si par hasard il se barricade et ne veut pas laisser parvenir jusqu'à lui, on fixe alors toute son attention de ce côté, et l'on pénètre par la porte, au moment où il s'y attend le moins, sans danger pour lui et les gens de service. Les rondes de nuit sont aussi plus faciles. Avons-nous besoin d'ajouter que ces croisées éclairant mieux, la vue est beaucoup plus gaie.

Le plancher des cellules ne saurait être indistinctement en bois ou en dalles. Le premier de ces matériaux est excellent pour les convalescens, les mélancoliques et en général pour tous les malades propres, parce qu'il est chaud, mais il ne saurait convenir aux furieux, aux malades qui ont la manie de briser, de détruire, aux gâteux, aux paralytiques et à tous ceux qui laissent aller leurs déjections sous eux. Pour ceux-ci il faut recourir aux dalles que l'on joint par un bon ciment ou par du bitume. Elles sont inclinées vers la porte, afin que les eaux coulent librement. Nous avons vu dans plusieurs établissemens et entre autres dans celui de Miano près de Capo di Monte à Naples, le pavé des chambres en carreaux de fayence. Ce mode est assez bon. A Venise, le plancher inférieur des salles de l'hôpital civil est fait d'une espèce de Mac-Adamage, d'après un procédé, dont celui de M. l'ingénieur Polonceau, dans la construction du pont du Carrousel, peut donner une idée. Le plus détestable de tous les planchers, est le pavé en pierre. C'est celui des loges de l'hospice général à Rouen, vestiges honteux d'une geôle qui devrait totalement disparaître, aujourd'hui où cette ville riche, industrieuse et libérale, possède un si bel établissement d'aliénés. Le pavé en pierres ne tarde pas à être sali par les matières dont il est couvert; celles-ci s'infiltrent bientôt dans les moellons, le ciment se pénètre de ces déjections fétides, et il s'établit dans chaque loge un foyer d'infection qui gagne jusqu'aux vêtemens de ceux qui visitent ces tristes réceptacles des misères humaines.

Les lits seront en fer pour tous les malades tranquilles; ceux des furieux doivent être en bois, lourds, épais et fixés au plancher par les quatre pieds. Les lits des gâteux paralytiques auront un fond concave doublé en plomb, percé au milieu d'un trou. La paille dont on garnit ces lits doit être changée tous les jours, et même toutes les fois qu'elle est salie par les matières de l'aliéné. Le lit sera disposé de manière que les abords en soient libres, et qu'on puisse de suite s'en approcher en grand nombre, si la conduite du malade nécessite un déployement de forces. On a conseillé de mettre des rideaux aux lits des malades qui ne sont pas maniaques ou paralytiques. Cette mesure ne nous paraît pas avoir d'inconvéniens pour les convalescens, et les monomaniaques qui n'ont pas de propension au suicide; nous la croyons même bonne pour les femmes.

Les murailles et les plafonds seront blanchis. L'ameublement de chaque cellule consistera, outre le lit, avec ou sans rideaux, selon le genre de maladie, en un matelas, une paillasse, un traversin, une couverture de laine en hiver, de coton en été, une chaise, une table, une table de nuit, un pot, une cuvette et un verre. Ces ustensiles seront en étain; en bois, ils finiraient par exhaler une mauvaise odeur.

Les sections à dortoirs auront 48 pieds de long, sur 12 de large et autant de haut. Les miasmes des individus réunis étant plus méphytiques que ceux d'un individu isolé, on aura soin que chaque aliéné en dortoir occupe un espace de 6 toises. Les lits, comme ceux des cellules, seront isolés des murailles, de sorte qu'on puisse facilement en approcher. Le plancher inférieur sera en bois. Celui du bâtiment neuf de Charenton est en bois de chêne peint et verni, ou pavé en briques peintes et vernies. Le plancher supérieur soutenu par des poutres, et recouvert par un plafond qui offre des reliefs et différens ornemens. Les lits sont en fer verni; les tables, les chaises, les fauteuils, les buffets sont en bois de chêne verni; les rideaux et les couvertures des lits, les rideaux des croisées sont en toile fine de coton blanc, les poëles sont bâtis et en fayence. Les chambres pour les domestiques se trouvent à l'extrémité des dortoirs, et n'en sont séparés que par une porte vitrée. Les croisées sont larges, hautes, à quatre venteaux et s'ouvrent en haut comme en bas à deux battans.

Autour des bâtimens régnera à l'intérieur une galerie semblable à celle des anciennes cours claustrales. Elle sera soutenue par des colonnes en bois ou en pierre. Cette galerie qui servira en même temps de promenoir couvert aux aliénés, pendant la mauvaise saison ou durant les ardeurs du soleil aura au moins 6 pieds de largeur. Sa hauteur sera combinée de manière que les quatre côtés qui la composent ne puissent nuire à la circulation de l'air et au jour à conserver aux cellules ou dortoirs. Des bancs en bois seront placés de distance en distance.

Le milieu du carré sera occupé par une cour sablée, plantée d'arbres et ornée de pelouses de gazon. Il ne faut pas croire que les aliénés se plaisent à détruire, comme on l'a prétendu. Le directeur de l'asile de Rouen,

nous a montré plusieurs cours où il était parvenu à planter des arbres, sans qu'ils eussent été arrachés. La cour du bâtiment neuf de Charenton représente un carré long. Trois galeries règnent devant tous les bâtimens. Les colonnes qui les supportent sont en pierre de taille; une quatrième galerie plus large que toutes les autres et fermée par une belle grille en fonte, domine les bords et les prairies de la Marne. Pendant la mauvaise saison, cette galerie est un lieu de promenade bien précieux. Cette cour est ombragée par des tilleuls qui entourent quatre préaux; jamais les arbres ni le gazon ne subissent de dégradation. A Bicêtre et à la Salpêtrière, où le grand nombre de malades peut facilement les faire perdre de vue, nous les avons vus s'opposer eux-mêmes à la plus légère dévastation. Il est rare qu'aucun de ces infortunés y arrache une fleur, mais dut-il en être autrement, il vaudrait encore mieux se résigner à des réparations répétées, que d'exposer les malades à l'ardeur brûlante du soleil, sans cesse réfléchi par le pavé, ou même par la terre sans verdure. Dans les cours des convalescens, des monomaniaques, des démens, des imbéciles, des idiots tranquilles, on peut établir des plate-bandes de fleurs. La fontaine ou tout autre moyen de donner de l'eau aux aliénés, sur le promenoir, doit être servie par la conduite d'embranchement qui en porte dans la laverie et dans la salle du réfectoire.

Enfin une galerie couverte, parallèle aux trois côtés sur lesquels s'ouvrent les portes régnera à l'extérieur du bâtiment. Cette galerie couverte pourra servir de promenoir, pendant les grands froids; elle sera chauffée par un calorifère qui jettera des bouches de chaleur dans les dortoirs ou les cellules.

Outre les visites qui seront faites par le directeur, le médecin adjoint, il y aura la nuit dans chaque section un veilleur, chargé de pourvoir aux besoins des malades, ou de réprimer les désordres. Ce veilleur est indispensable dans les salles de traitement. Les visites de nuit sont d'une haute importance, et nous les recommandons de temps en temps aux surveillans de la maison.

Diminuer, autant que possible, toutes les mesures qui peuvent rappeler la prison est un principe dont la justesse ne saurait être contestée. Aussi convient-il de ne pas effrayer les malades par le bruit des cadenas, des verroux, des serrures à tour et demi. Une même clef pour toutes les portes et fenêtres de la division, ouvrant et fermant avec facilité, est ce qu'il y a de meilleur en ce genre.

Nous venons de passer rapidement en revue la forme et la composition des sections, il ne nous reste maintenant pour terminer, ce qui est relatif à l'organisation du service des malades, qu'à dire quelques mots de trois bâtimens dont l'existence est indispensable dans un institut d'aliénés, nous voulons parler de l'infirmerie, de la salle des bains et de la section des furieux.

Les aliénés, comme les autres hommes, sont sujets à une foule de maladies, et s'ils ont le privilége, ce qui n'est pas prouvé, d'échapper aux épidémies, ils sont en revanche soumis à des maux qui sont le triste apanage de leur position. Ainsi l'on voit beaucoup de ces malades être atteints de lésions du cœur, de phthisie pulmonaire, et de congestions sanguines. Les diarrhées, la dysenterie, le scorbut, les affections cérébrales ne sont pas moins communes parmi eux. Toutes ces maladies, et beaucoup d'autres, nécessitent des soins continuels, une surveillance de tous les momens; elle serait impraticable, si non très-difficile, s'il fallait qu'on allât dans chaque section; elle devient, au contraire, très-aisée dans la même salle et n'exige qu'un petit nombre de serviteurs. Dans la construction de l'infirmerie, il faudra suivre les règles qui sont adoptées pour les salles des hôpitaux. Beaucoup d'air, une grande propreté, de la sécheresse surtout, des espaces pour dix ou douze lits, si l'on veut éviter les inconvéniens qui résultent des grandes localités, de la stagnation de l'air et de l'encombrement.

La salle des bains, partie si importante d'un établissement d'aliénés, offre aujourd'hui peu de difficultés dans son exécution, si l'on se conforme aux plans adoptés pour Charenton, Saint-Yon, la Salpêtrière. Chaque quartier aura son département de bains. Ils seront exposés au midi. Les salles seront précédées d'un couloir assez large, qui les abritera du nord; ce couloir sera chauffé en hiver et formera une espèce d'antichambre commune à toutes les salles. Les baignoires, plus larges vers la tête que vers les pieds, seront en cuivre, et étamées. Elles s'alimenteront par le fond et du côté des pieds. Elles se videront par le fond et vers la tête. Il suffira pour faire jaillir l'eau froide et l'eau chaude de tourner deux vis; la même clef servira à toutes les baignoires. De cette manière l'aliéné pourra à son gré remplir son bain ou le vider.

La salle des douches ascendantes et descendantes contiendra quatre baignoires, dont deux en cuivre étamé et les deux autres en bois de chêne. Les deux premières, indépendamment des moyens ordinaires pour les remplir d'eau, seront surmontées de deux autres robinets fixes, suspendus à quatre pieds de la tête du malade, et laissant tomber leurs eaux au degré de force commandé. Les deux baignoires en bois auront chacun un tuyau mobile partant de la voûte; à l'aide de ce long tuyau terminé par un robinet à tête, il sera facile d'administrer la douche au degré de force voulu, et de l'appliquer sur la partie du corps qui sera indiquée. Ces baignoires pourront être fermées par un couvercle en bois, fortement tenu et découpé un peu plus largement que le cou, pour ne pas blesser le malade, mais de manière aussi à lui tenir la tête sous la douche, lorsqu'il se refuse à la recevoir. Nous avons vu un jour un aliéné qui en s'agitant, disparut sous l'eau, et fut près d'une demie minute à ôter le couvercle qui était fixé par des crochets. Les baignoires en bois serviront surtout pour les bains et les douches d'eau minérale factice. A côté de la salle des bains seront placés le fourneau et le séchoir.

Nous avons montré qu'il était nécessaire d'avoir des

cellules séparées pour les furieux et les malades agités. Elles seront construites sur le modèle des sections à cellules, dans un endroit isolé, afin que le repos des autres malades ne soit point troublé. Ces loges seront au nombre de douze à seize et bâties en moëllons ou en pierres de taille; les lits seront scellés au plancher; Les portes et les fenêtres à parois épaisses; le plancher inférieur en grandes dalles cimentées; la cour sablée. Des bouches de chaleur chaufferont les cellules.

M. Desportes propose de voûter ces cellules en briques; les dalles étant constamment froides et humides, il pense que des planches de chêne de deux pouces d'épaisseur, bien jointoyées, auraient une longue durée et se laveraient très-bien. On pourrait encore ajouter à la conservation et à la salubrité, en ménageant des courans d'air par dessous, au moyen d'un vide laissé entre ce plancher et la terre. Le plafond sera enduit de plâtre à solives recouvertes, afin que l'on puisse blanchir plus facilement.

Enfin autour de l'édifice régnera un mur de ronde qui s'opposera aux évasions des aliénés.

Les règles qui doivent présider à l'exposition, à la distribution, à la direction matérielle d'un hospice d'aliénés, viennent d'être exposées par nous, d'après le plan qui nous a paru le meilleur. Il nous reste maintenant à parler du personnel de l'administration, complément indispensable de cette partie de notre travail. Administrateurs, directeur, aumônier, surveillans, infirmiers, telles sont les personnes qui doivent faire partie de l'hospice. Il sera question du médecin dans un chapitre spécial.

Il est démoutré par l'expérience que l'administration des asiles d'aliénés doit être sous la surveillance d'une autorité qui fasse exécuter tout ce qui concerne les réglemens de l'institut. Ces fonctions seront dévolues à une commission qui sera composée d'un ou de deux notables de l'endroit ayant déjà rempli des emplois administratifs, du médecin en chef et du directeur. Nous ne croyons pas qu'une semblable assemblée doive être exclusivement formée de médecins, car il ne s'agit pas seulement de veiller à l'exécution des lois sanitaires, mais il faut encore s'occuper des dépenses et des recettes. La comptabilité, la science administrative ne s'apprennent pas en un jour, il est d'ailleurs utile que le zèle soit un peu modéré.

A cette occasion nous émettrons de nouveau le vœu qu'un médecin spécial ait la surveillance générale de tous les établissemens d'aliénés du pays. Ce fonctionnaire porterait le nom d'inspecteur général. Il communiquerait avec le ministre, les commissions administratives et les directeurs des asiles d'aliénés. Nous ajouterons comme M. Guislain, qui partage entièrement notre opinion, que ce fonctionnaire doit être choisi parmi les médecins les plus versés dans l'étude des maladies mentales.

Si le médecin devait résider dans l'établissement nous nous bornerions à une simple énumération des autres fonctionnaires. Mais dans le système aujourd'hui adopté, le directeur étant seul obligé à résidence, et passant par conséquent sa vie au milieu des aliénés: il importe qu'il puisse, jusqu'à un certain point, remplacer le médecin. Ses premières qualités sont la justice et la fermeté; c'est par elles qu'il se fera craindre et respecter des insensés. Une taille imposante, une voix mâle, lui seront utiles dans les momens de tumulte et de rixe.

C'est un objet très-important, dit Haslam, de gagner la confiance des insensés, et d'exciter en eux des sentimens de respect et d'obéissance, ce qui ne peut être que le fruit de la supériorité, du discernement, d'une éducation distinguée, et de la dignité dans le ton et les manières. Le surveillant d'un hospice d'aliénés qui a acquis de l'ascendant sur eux, dirige et règle leur conduite à son gré; il doit être doué d'un caractère ferme et déployer dans l'occasion un appareil imposant de puissance; il doit peu menacer mais exécuter; et s'il est désobéi, la punition doit suivre aussitôt. Lorsque l'aliéné est robuste et plein de force, le surveillant a besoin de se faire seconder par plusieurs hommes pour inspirer la crainte, et obtenir sans peine et sans danger une prompte obéissance (1). Nous ajouterons qu'il importe que le directeur soit impassible, car un instant de colère causé par des provocations malignes et presque raisonnées, peut avoir des suites déplorables.

Sa place exige une surveillance continuelle. Il visitera les malades plusieurs fois dans la journée; les nouveaux entrés seront surtout l'objet de ses soins; il peut ainsi donner d'excellens renseignemens au médecin. De temps en temps, il fera sa ronde de nuit, principalement pendant l'hiver et les froids. Les gardiens, les serviteurs, s'ils sont pris dans la classe des domestiques ordinaires devront fixer son attention. Il aura soin qu'ils traitent les malades avec douceur, qu'ils exécutent les ordres du médecin, et qu'ils distribuent fidèlement aux aliénés les alimens et les boissons qui leur sont alloués. Les vivres sont pour les infirmiers un objet de trafic. Les malades eux-mêmes vendent leur portion pour avoir du vin, etc.

Lorsqu'un aliéné aura commis quelque faute grave, le directeur pourra ordonner une mesure coercitive, mais il en informera le médecin à la visite. Il ne permettra l'entrée de l'hospice qu'aux hommes de l'art, ou aux membres des sociétés philantropiques; il ne recevra point les curieux, sous un prétexte quelconque. Il sera chargé de la comptabilité et de tout le matériel de la maison; il rendra compte de sa gestion aux membres du conseil d'administration. Sa vie intérieure sera honorable. Il ne s'absentera point de l'établissement sans permission.

Il convient que le directeur d'un pareil établissement ait une existence assurée. Celui de l'asile de Saint-Yon a 4600 fr. de traitement par an, le logement, le bois et la lumière. Le directeur de Charenton a 6000 fr. d'ap-

(1) Observations on insanity with practical remarks on the disease; by John. Haslam. London, 1798.

pointemens ; la table, le logement, le chauffage, la lumière et plusieurs autres avantages. La place de Charenton est convenablement rétribuée ; celle de Rouen ne l'est pas assez, car un directeur d'un hospice d'aliénés est sur une ligne tout à fait différente des autres fonctionnaires.

La *surveillante* doit être bonne, affectueuse, mais ferme. Il n'y a rien de pire dans un semblable institut qu'un caractère mou ou inégal. Elle sera chargée de la division des folles, de la lingerie, du blanchissage, et de l'inspection des infirmières. Nous croyons l'influence de la surveillante très-puissante. Plus d'une fois nous avons vu madame B... dans la maison de santé de Montmartre, appaiser d'un geste, d'un regard les maniaques les plus furieux. Mais ce que nous avons noté avec soin, c'est l'obéissance presque générale des hommes aux avis et aux conseils qu'elle leur donne avec tant de bonté.

Déjà, dans le cours de ce mémoire, en parlant des infirmiers, nous avons fait sentir notre préférence pour les ordres religieux. Quinze années passées dans les hôpitaux, nous ont appris à bien apprécier ces corporations. L'exemple de l'asile de Saint-Yon est tout à fait en faveur de notre opinion. Depuis que les religieuses sont dans l'établissement, dit le directeur, nous n'avons eu qu'à nous louer de leur zèle et de leurs vertus. Nous sommes heureux de nous trouver d'accord sur ce point avec un homme qui depuis longues années n'a cessé de s'occuper de l'amélioration du sort des aliénés : quelque soit, dit M. l'administrateur Desportes, le nombre des servans, placés près des aliénés, et le choix qu'il sera possible d'en faire, en les payant mieux, on n'aura point encore atteint le but, si ces serviteurs ont été déterminés à ces travaux par leurs propres besoins. Ce service demande des qualités particulières, qu'on ne doit pas chercher dans des personnes à gages. C'est à des sentimens bien plus élevés que l'intérêt ou le besoin qu'il faudrait s'adresser. Mais où peut-on espérer de trouver des hommes que des idées généreuses voueraient à ces pénibles fonctions? Ne cherchons pas à nous faire illusion, tant de vertus n'existeront jamais que dans ces associations dont la base est la religion et l'espoir des récompenses célestes. (Compte rendu du service des aliénés, 1822, 1823, 1824 ; page 36).

Si nos idées sur les corporations religieuses étaient adoptées, nous conseillerions de fonder un établissement pour les deux sexes dans lequel on enseignerait tout ce qu'il convient de savoir pour soigner les aliénés. Des supérieurs intelligens dirigeraient cette éducation. Les malades auraient alors auprès d'eux des personnes qui comprendraient leur position, compâtiraient à leurs maux, et adouciraient, autant que possible, leur sort. A l'asile de Saint-Yon à Rouen, il y a dix-sept sœurs de voile et une supérieure, de l'ordre de Saint-Joseph de Cluny.

Mais si l'on est dans l'obligation de se servir des infirmiers civils, on choisira ceux qui sont obéissans, polis, humains et fermes. Des mœurs honnêtes sont une garantie pour le bien être de l'aliéné. On évitera les difformités de figure et de corps, car les fous sont souvent railleurs, malicieux, méchans, et la patience n'est pas le partage des domestiques. Le nombre des infirmiers sera subordonné à l'état des malades. Un serviteur suffira pour dix aliénés tranquilles. Il en faudra un pour six malades en traitement, agités ou malpropres.

On aura soin que les infirmiers ne rendent point compte de l'état des malades devant eux, on leur recommandera de ne pas les faire lever trop tôt, ni coucher trop tard, de les surveiller, de ne pas les abandonner à eux-mêmes, de ne pas leur parler avec rudesse, ni de leur faire de menaces. Ils ne feront pas usage des moyens de répression, sans des ordres exprès. Si un aliéné se conduisait mal, ils se réuniraient plusieurs ensemble pour lui en imposer par un appareil de force. Nous avons très-souvent réussi à paralyser les transports d'un furieux en lui enveloppant rapidement la tête avec une serviette que nous lui jettions par derrière.

Il y aurait un moyen d'améliorer beaucoup le personnel des infirmiers, ce serait de les rétribuer davantage et de leur donner une retraite après 25 ou 30 années d'exercice. Burrows dans son ouvrage (an inquiry, pag. 265) propose d'établir un fond de caisse dans ces sortes d'hospices, sur lequel chaque serviteur recevrait une rétribution annuelle, qui augmenterait avec les années de services, ou serait proportionnée aux blessures qui lui auraient été faites dans l'exercice de ses fonctions.

Direction hygiénique.

On aurait peu fait pour l'amélioration du sort des aliénés, si l'on se contentait de construire des établissemens au rez-de-chaussée, bien exposés et composés de sections différentes; il faut encore, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, que les habitations soient larges et bien ventilées. La plupart des aliénés, en effet, exhalent une odeur fétide qui s'attache aux vêtemens, aux lits, aux meubles et aux murailles. Voici comme Miling s'exprime à ce sujet : peculiari modo organa olfactoria afficere dicitur, et diù vestibus, lectes, ustensilibus inhærens præcipuè ex cryptis cutis et papillis secerni videtur, atque a parietibus, quasi a spongiis insugitur, posteaque iterum exhalatur, ut ergo iste odor specificus diù remotis ægrotis ex illo loco, quo versati sunt, liceat percipi. (*Mentis alienationum semiologia sematica.* Bonn. 1828). Burrows regarde cette odeur des aliénés, comme si caractéristique qu'il dit dans son ouvrage, si je la découvrais dans un individu, je n'hésiterais pas à le déclarer insensé, quand bien même je n'aurais pas d'autre preuve de sa folie. Tous ceux qui ont visité les maisons d'aliénés ou qui ont vécu avec les insensés connaissent cette odeur. On ne peut la neutraliser qu'à l'aide des émanations chlorurées, des fumigations guytoniennes, du lavage des lits, du blanchiment des murs, et surtout des courans d'air habilement ménagés.

Mais si les cellules des aliénés, si leurs dortoirs, leurs

salles de réunion doivent être larges et bien ventilés, il importe aussi que ces différentes pièces soient chauffées pendant l'hiver. L'aliéné peut dans quelques cas supporter de grands degrés de froid, et l'on connaît l'histoire de la fameuse Théroigne de Méricourt, déesse de la raison pendant la révolution, folle plus tard à la Salpêtrière. Chaque jour en sortant de sa loge, elle se versait sur le corps, hiver comme été, plusieurs seaux d'eau, sans manifester d'autre sensation que celle du plaisir. Mais à côté de cet exemple et de quelques autres semblables, on en citerait un bien plus grand nombre qui ne laisseraient aucun doute sur la susceptibilité des fous à ressentir les influences atmosphériques. Avec quelle promptitude ne les voit-on pas se précipiter pendant l'hiver dans des chauffoirs. Combien d'ailleurs, d'aliénés en apparence peu sensibles aux rigueurs des saisons, qui cependant éprouvent tous les effets du refroidissement comme diarrhées, coliques, catarrhes. En 1799, raconte Wagner (*Anmerkungen zu Pinel's eben angefuhrter schrift*). Trois malades de l'établissement des fous à Vienne furent pris de tétanos à la suite d'un froid excessif. Haslam dit que les aliénés sont particulièrement sujets à des refroidissemens des extrémités, et il ajoute qu'il est de règle à l'hôpital de Bethlem à Londres de visiter matin et soir les pieds des malades qui sont en cellules et de les envelopper de flanelle.

La nourriture des aliénés n'est pas une des parties les moins importantes de leur hygiène. Il faut avoir vécu avec eux pour savoir combien la diète leur est souvent préjudiciable. Il suffit de rappeler ici aux amis de l'ordre, dit le célèbre Pinel, quelques faits dont j'ai été témoin oculaire, et dont le souvenir ne peut être que douloureux pour l'homme le moins sensible. C'est en calculant sagement les besoins des aliénés que la ration journalière du pain de ceux de Bicêtre fut portée à un kilogramme sous l'assemblée constituante, et j'avais vu pendant deux années les avantages de cette disposition salutaire. Je cessai d'être médecin de cet hospice; mais dans une de ces visites de bienveillance que je rendais de temps en temps aux aliénés, j'appris que la ration du pain avait été réduite à sept kilogrammes et demi, et je vis plusieurs des anciens convalescens retombés dans un état de fureur maniaque, en s'écriant qu'on les faisait mourir de faim. Les progrès de la disette furent encore bien plus marqués dans la suite, puisque la ration du pain fut successivement réduite à environ cinq, quatre, trois et même deux hectogrammes, en y ajoutant un léger supplément de biscuit, souvent très-défectueux. L'effet fut tel qu'on devait l'attendre, et il a été constaté que pendant deux mois seulement, le nombre total des morts dans l'hospice des aliénés a été de vingt-neuf, tandis que celui de l'année 1793 en entier n'avait été que de vingt-sept. Résultat analogue, mais encore plus prompt et plus déplorable pour les aliénés de la Salpêtrière, puisque dans le cours d'un mois de l'année 1796, la mortalité fut de 56, par la fréquence extrême des flux de ventre colliquatifs et des dysenteries. Aurait-on à gémir sur ces événemens funestes, si les ressources des hospices avaient été fixes et invariables.

Aux faits cités par Pinel, nous pourrions ajouter ceux qui nous ont été communiqués par plusieurs médecins, sur les mauvais effets de l'alimentation insuffisante chez les aliénés, et particulièrement chez les convalescens. Il est d'observation que si on les tient à un régime aussi sévère que les autres, ils ne se rétablissent que très-lentement, heureux même s'ils ne succombent pas. Chez les aliénés, en effet, il paraît certain qu'il se fait une grande déperdition du fluide ou de l'agent nerveux, et il n'est point de praticien qui n'ait observé les bons effets des toniques et des cordiaux, chez les personnes nerveuses sujettes à des défaillances, des faiblesses, des demi-syncopes. Mais si les malades doivent être bien nourris quand la période aiguë de leur folie est passée, il faut aussi surveiller sous ce rapport, les aliénés qui ont une disposition aux congestions ou qui ont un commencement de paralysie. Chez presque tous ces malades, il existe un appétit vorace, et si on ne les observe pas, ils s'abandonnent à leur irrésistible besoin, et presque toujours on les voit succomber à des congestions sanguines épileptiformes.

L'alimentation mérite donc de fixer l'attention des médecins; mais il ne suffit pas que l'aliéné ait une nourriture abondante, il faut encore qu'elle lui soit convenablement distribuée. Avec la même quantité de pain, un préposé négligent et peu actif donnera lieu à des besoins non satisfaits, et un autre plus habile et plus zélé aura l'art de suffire à tout et de se ménager même un surcroit de subsistance pour des cas imprévus d'une grande voracité de certains aliénés qui ont besoin d'une portion double ou triple. La distribution des alimens demande par conséquent une surveillance particulière, car si l'on donnait tous les vivres à la fois, ainsi que cela se pratiquait avant la révolution, à Bicêtre, l'insensé par imprévoyance ou par faim engloutirait sa portion en peu d'instans, et tout le reste de la journée, il mourrait de faim. Les furieux et les imbéciles doivent surtout être l'objet de soins vigilans. Les premiers repoussent souvent la nourriture, et les seconds sont incapables de la prendre; il en est de même des paralytiques.

Trois repas formeront l'alimentation habituelle des aliénés. Le déjeûner, le dîner et le souper. Le premier aura lieu à sept heures en été, à huit en hiver. Le second à une heure et le dernier à six heures. Cinq jours de la semaine, le dîner sera gras, les deux autres, il sera maigre. Deux livres de pain, ainsi distribuées, une demi livre le matin, une livre le midi, une demi livre le soir, suffiront à l'aliéné. Les jours gras, il aura une demi livre de viande à son dîner ou bien du ragoût; aux autres repas, on lui donnera des fruits, du fromage ou des confitures. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il y aura tous les jours de la soupe au dîner. Il serait à désirer que les malades qui ne sont pas agités pussent boire de l'eau rougie; il faut au moins donner un verre de vin pur aux individus faibles, âgés, et à tous ceux chez lesquels il existe une dépression de forces.

La régularité dans les repas, est d'une haute impor-

tance : elle est beaucoup plus facile à obtenir qu'on ne le pense. Nous avons observé les bons effets de cet ordre dans les maisons de santé de Sainte-Colombe et de Montmartre ; les malades attendent avec plaisir le moment du repas, et souvent nous les avons vu se plaindre, si quelque circonstance fortuite avait obligé à retarder l'heure. Cette occupation est une diversion au désordre de leur esprit. On ne saurait se faire une idée du pouvoir que la régularité exerce sur les aliénés. Partout où elle est en vigueur, les malades sont soumis et obéissans, la fureur presque nulle et les chances de guérison beaucoup plus nombreuses. L'observation de cette règle est subordonnée au caractère du directeur ; s'il est ferme et juste, tout ira bien ; s'il est mol, inégal, injuste, le désordre pénétrera partout.

Le régime ne peut être le même partout. Ainsi les furieux, les malades très-agités auront une alimentation peu nourrissante. Une diète trop restaurante, déterminera chez les individus nerveux, dans le système circulatoire une irritation funeste. Mais le régime devra être fortifiant, quand les forces déclineront et que la maladie devra son origine à une cause débilitante. Cette remarque est surtout applicable aux monomaniaques suicides. L'expérience apprend en effet qu'une nourriture forte et même succulente est de la plus grande utilité chez ces malades.

Dans la démence, l'imbécilité et l'idiotie, la nourriture sera substantielle, on insistera également sur un bon régime, quand la folie sera compliquée de scorbut ou de scrofules. Le scorbut exige surtout l'usage d'alimens nourrissans. Les convalescens, les aliénés tranquilles dîneront à une table commune qui sera sous l'inspection d'un des agens de la maison. Nous avons acquis par une expérience de plusieurs années la conviction que la présence du directeur à la table commune a la plus heureuse influence sur les aliénés, en les rendant calmes et tranquilles. Tout le monde a pu voir dans une des meilleures maisons de santé de Paris, trente aliénés à la table du médecin se conduisant avec une telle mesure que ceux qui assistaient pour la première fois à leurs repas, ne pouvaient croire qu'ils étaient au milieu d'une réunion d'aliénés. Nous avons aussi fait la remarque que les aliénés ainsi rassemblés, cessaient souvent de s'occuper de leur folie habituelle, pour s'entretenir de sujets ordinaires de conversation.

Voici sur le régime alimentaire des hospices de la Salpêtrière, de Bicêtre, de l'asile de Saint-Yon et de la maison de Charenton, quelques détails qui nous paraissent offrir un véritable intérêt et qui d'ailleurs serviraient de base, si l'on se proposait de créer un établissement de ce genre.

Salpêtrière.

Les aliénées valides reçoivent 72 décagrammes de pain et 12 centilitres de vin.

Jours gras. — A dîner.

1 soupe de 50 centilitres de bouillon.

13 décagrammes de viande cuite et désossée, provenant de 25 décagrammes de viande crue.

A souper.

1 décilitre de légumes secs, ou 18 décagrammes de légumes frais, cuits, ou 4 décagr. de riz.

4 décagrammes de fromage, ou 6 de pruneaux crus ou 5 de raisiné, ou l'équivalent en fruit, selon la saison.

Jours maigres. — A dîner.

1 soupe de 50 centilitres de bouillon.

2 décilitres de légumes secs, crus, ou 36 décagr. de légumes frais, cuits ou 7 décagr. de riz.

A souper.

(Comme les jours gras).

Bicêtre.

La quantité de pain accordée aux fous valides est de 84 décagrammes, celle du vin est de 12 centilitres. On donne un supplément à ceux qui sont très-avancés en âge; la même disposition a lieu pour les folles.

Jours gras. — A dîner.

1 soupe de 50 centilitres de bouillon.

15 décagrammes de viande cuite et désossée, provenant de 25 décagrammes de viande crue.

A souper.

1 décilitre de légumes secs, crus, ou 18 décagr. de légumes frais, cuits, ou 4 décagr. de riz.

4 décagrammes de fromage, ou 6 décagr. de pruneaux crus, ou 5 de raisiné, ou l'équivalent en fruit suivant la saison.

Jours maigres. — A dîner.

1 soupe de 50 centilitres de bouillon.

1 décilitre de légumes secs, crus ou 36 décagrammes de légumes frais, cuits, ou 7 décagr. de riz.

A souper.

(Comme les jours gras).

A l'hôpital de San Bonifazio à Florence, le pain est blanc et de bonne qualité. Les malades mangent à huit heures, à dix heures et à quatre heures. On leur donne par jour une livre et demie de pain, de l'eau rougie, du potage et de la viande.

A l'asile de Saint-Yon à Rouen, où il y a quatre classes de pensionnaires, le régime est ainsi distribué :

Pensionnaires à 450 fr.

Déjeuner à 9 *heures.* Fruits ou fromage, pain à discrétion.

Dîner à 1 *heure.* Soupe grasse 4 fois la semaine, bœuf ou ragoût. Les jours maigres légumes, ou poisson salé ou œufs.

Souper à 6 *heures.* Le repas du matin, une fois la semaine charcuterie, confitures de pomme ou de poire.

Pour boisson, les malades ont du cidre.

Pensionnaires à 675 fr.

Déjeuner à 9 heures. Deux plats de fruits ou de fromage, ou bien de café au lait, ou du chocolat à volonté.

Dîner à 4 heures. Soupe, bœuf ou ragoût, un plat de légumes, 2 plats de dessert.

La boisson est la même que celle des pensionnaires de la classe précédente.

Pensionnaires à 1000 fr.

Déjeûner à 9 heures. Viande, côtelette ou bifteck, 2 plats de dessert; café au lait ou chocolat à volonté.

Dîner à 4 heures. Soupe, bœuf ou ragoût, rôti, salade 1 à 3 fois la semaine, 2 plats de dessert.

Pensionnaires à 1500 fr.

Déjeuner à 9 heures. Un plat de viande, trois plats de dessert (fruits, fromages, confiture).

Dîner à 4 heures. Soupe, bœuf, rôti, légumes, salades, 3 fois la semaine, 2 plats de dessert.

Ces deux classes ont une fois la semaine du poulet. On leur donne pour boisson du cidre ou du vin à volonté.

Charenton.

Les pensionnaires de la maison de Charenton se partagent en trois classes : ceux de la première payent 1300 fr., ceux de la seconde 720 ou 1000 fr.; le prix de la troisième classe n'est que de 300 fr.

A la table commune présidée par le directeur assistent tous les employés de la maison, les aliénés convalescens et encore malades appartenant à la première classe. Les militaires et marins reçus au maximum des prix de journée, les aliénés de la 2e classe; les marins et les militaires sous-officiers ont droit d'assister à cette table deux fois par semaine. Le médecin en chef désigne toujours les malades et les convalescens qui doivent manger à la table du directeur.

Tableau du Régime.

Le déjeuner de la table commune est servi à 11 heures et le dîner à 6 heures.

Le déjeuner est distribué dans les corridors et dans les salles communes à sept heures du matin. Le dîner à 12 heures, le souper à 5 heures.

1re CLASSE. — *Régime gras.*

Pain pour la journée.	69 décagrammes (22 onces).
Vin pour la journée.	5 décilitr. (1/2 pinte 1/20).

On ne donne aux femmes que les deux tiers de la portion de vin accordée aux hommes.

Déjeuner pour les hommes.

Fromage.	4 décagrammes (une once 2 gros.)

Ou l'équivalent quant au prix en beurre, en fruits frais ou secs.

Déjeuner pour les femmes.

Café au lait.	48 centil.	(1/2 pinte).

Dîner pour les hommes et les femmes.

Soupe et bouillon.	48 centil.	(1/2 pinte).
Bouilli.	13 décagr.	(4 onces 2 gros).
Première entrée en viande.	16 décagr.	(5 onces 1/2 gr.).
Viande rôtie.	16 décagr.	(id.)

Ou l'équivalent quant au prix en poisson frais ou volaille.

Fromage pour dessert.	4 décagr.	(1 once 2 gros).

Ou l'équivalent en fruits de la saison ou en fruits secs.

Souper.

Viande rôtie.	16 décagr.	(5 onces 1 gros 1/2).
Légumes secs.	2 décilit.	(1/3 de litron).
ou légumes frais.	36 décagr.	(12 onces 6 gros).
Fromage.	4 décagr.	(1 once 2 gros).

Ou l'équivalent en fruits de la saison ou en fruits secs.

Régime maigre.

Pain, vin, déjeuner, comme au régime gras.

Dîner.

Soupe, bouillon.	48 centil.	
Poisson frais, morue.	25 décagr.	(8 onces 1 gros 26 gr).
OEufs.	2	
Légumes secs.	2 décilit.	(1/3 de litron).
Ou légumes frais.	36 décagr.	(12 onces 6 gros).
Fromage.	4 décagr.	(1 once 2 gros).

Ou l'équivalent en fruits.

Souper.

Poisson frais.	26 décagr.	(8 onces 1 gros).
Légumes secs.	2 décilit.	(1/3 de litron).
Ou légumes frais, salade.	30 décagr.	(8 onces 5 gros).
Fromage.	4 décagr.	(1 once 2 gros).

Ou l'équivalent en fruits.

2me CLASSE. — *Régime gras.*

Pain pour la journée.	69 décagr.	(23 onces).
Vin pour la journée.	5 décil.	(1/2 pinte 1/10).

Les femmes n'ont que les deux tiers de la portion de vin.

Déjeuner des hommes.

Le tiers du pain et du vin qu'ils doivent avoir pour la journée.

Déjeuner des femmes.

Comme les hommes. On remplace généralement le vin du matin par du lait. 48 centil. (1/2 pinte.)

Dîner.

Soupe, bouillon.	48 centil. (1/2 pinte).
Bouilli.	13 décagr. (4 onces 2 gros).
Ragoût de viande.	16 decagr.(5 onces 1 gr.1/2).
Ou légumes frais.	36 décagr. (12 onces 6 gr.).

Souper.

Viande rôtie.	13 décagr. (4 onces 2 gros).
Légumes secs.	2 décil. (1/3 de litron).
Ou légumes frais.	36 décagr (12 onces 6 gr.).
Dessert le dimanche et le jeudi seulement.	
Fromage.	5 décagr. (2 onces 29 gr.).
ou l'équivalent en fruits.	

Régime maigre.

Pain, vin, déjeuner, comme au régime gras.

Dîner.

Soupe, bouillon.	48 centil. (1/2 pinte).
Harengs ou œufs.	2
Ou l'équivalent en poïssons frais.	
	»
Légumes secs.	2 décil. (1/3 de litron).

Souper.

Légumes secs.	2 décilitr. (1/3 de litron).
Ou légumes frais.	36 décagr. (12 onces, 6 gros).
OEufs ou l'équivalent pour le prix.	1 1/2.

3e Classe. — *Régime gras.*

Pain pour la journée.	96 décag. (32 onces).
Vin pour la journée.	5 décilitr. (1/2 pinte 1/10).
Femmes, pain.	72 décagr. (34 onces).

Déjeuner.

Le tiers du pain et du vin.
Le pain seulement pour les malades gratuits.
On remplace le vin des femmes par du lait.
48 centil. (1/2 pinte).

Dîner.

Soupe, bouillon.	48 centil. (1/2 pinte).
Bouilli.	13 décagr. (4 onces, 2 gros).
Légumes frais.	25 décagr. (8 onc. 1 g. 36 gr.).

Souper.

Légumes secs.	2 décilitr. (1/3 de litron).
Ou légumes frais.	36 décagr. (12 onc. 6 gros).
Ou salade.	25 décagr. (8 onc. 1 g. 26 g.).
Le dimanche et le jeudi.	
Viande rôtie ou ragoût.	13 décag. (4 onces, 2 gros).

Régime maigre.

Pain, vin, déjeuner comme au régime gras.

Dîner.

Soupe, bouillon.	48 centil. (1/2 pinte).
Harengs salés.	1
Légumes secs.	2 décilitr. (1/3 de litron).

Souper.

Légumes secs.	2 décilitr. (1/3 de litron).
Fromage.	4 décagr. (1 once, 2 gros).

Les malades indigens du canton et les aliénées reçus soit à titre gratuit, soit à titre de pension réduite sont censés appartenir à la 3e classe, et jouissent du régime déterminé pour cette classe. Il en est de même des militaires et des marins reçus au minimum des prix de journée. Ceux d'entre eux reçus au maximum jouissent du régime de la seconde classe.

Le médecin pendant la visite a le droit de modifier le régime et de substituer un aliment à un autre, le régime gras au régime maigre et réciproquement ; mais alors, ces prescriptions de régime doivent être écrites tous les jours sur les feuilles de visite.

Outre le régime alimentaire déterminé pour chaque classe de malades, conformément à l'art. 85 du réglement, il y a deux tables communes dans la maison, l'une pour les employés et les aliénés de l'un et l'autre sexe qui sont jugés par le médecin en chef, capables d'y assister, l'autre pour tous les gens de service attachés à l'établissement. Le régime de ces deux tables est composé de la manière suivante :

Première table commune en gras.

Pain pour la journée.	69 décagr. (23 onces).

Déjeuner pour les hommes.

Vin.	20 centil. (1/4 pinte).
Fromage.	4 décagr. (2 onces 2 gros).

Déjeuner pour les femmes.

Café au lait léger.	48 centil. (1/2 pinte).

Dîner.

Soupe, bouillon.	48 centil. (1/2 pinte).
Vin.	5 décil. (1/2 pinte 1/10).
Bouilli.	15 décagr. (4 onc 7 g. 16 gr).
Entrée en viande.	16 décagr. (5 onc. 1 g. 36 g.).
Rôti en viande de boucherie, ou volaille.	13 décagr. (4 onces 2 gros).
Légumes frais pour entremêt.	36 décagr. (12 onces, 6 gros).
ou l'équivalent en pâtisserie ou en crême.	
Fromage pour dessert.	4 décagr. (1 once 2 gros).
Et de plus l'équivalent en fruits secs et frais.	

Souper.

Légumes frais.	36 décagr. (12 onces le gros).

Ou légumes secs.	2 décilitr. (1/3 de litron).
Ou œufs.	2.
Ou riz au lait.	36 décilitr. (3/8 pinte).
Vin.	25 centil. (1/4 pinte 1/15).

Et de plus deux fois la semaine.

Rôti en viande de boucherie.	15 décagr. (4 onc. 7 g. 16 g.).

De plus dessert comme au dîner.

Régime maigre.

Pain, vin, déjeûner comme au régime gras.

Dîner.

Soupe, bouillon.	48 centil. (1/2 pinte).
Poisson salé ou frais.	25 décagr. (8 onc. 1 g. 26 g.).
Légumes secs.	2 décilit. (1/3 de litron).
Ou légumes frais.	36 décagr. (12 onc. 6 gros).
OEufs.	2.

Dessert comme au régime gras.

Souper.

Légumes frais.	36 décagr. (12 onc. 6 gros).
Ou légumes secs.	2 décilit. (1/3 de litron).
Ou œufs.	2.
Ou riz au lait.	48 centil. (1/2 pinte).

De plus dessert comme au dîner.

2e *table commune en gras.*

Pain pour la journée.	1 kilogr. (2 livres fortes).
Vin pour la journée.	5 décil. (1/2 pinte 1/10).

Dîner.

Soupe, bouillon.	48 centil. (1/2 pinte).
Bouilli.	25 décagr. (4 onc. 7 g 16 g.).
Légumes frais.	36 décagr. (12 onc. 6 gros).
Ou légumes secs.	2 décil. (1/3 de litron).

Souper.

Légumes secs.	2 décilitr. (1/3 de citron).
Viande rôtie ou un ragoût.	8 décagr. (2 onc. 4 gros 46 gr.).

Régime maigre. — Dîner.

Soupe, bouillon.	48 centil. (1/2 pinte).
Harengs salés.	2.
Légumes secs.	2 décil. (1/3 de litron).
Ou légumes frais.	36 décagr. (12 onc. 6 gros).

Souper.

OEufs.	2.
Légumes frais.	26 décagr. (12 onc. 6 gros).
Ou légumes secs.	3 décil. (1/3 de litron).
Ou salades.	25 décagr. (8 onces 2 gros 6 gr.).

(1)

(1) Histoire de la maison de Charenton, par M. Esquirol.

En terminant ici ce que nous avions à dire sur le régime alimentaire de ces établissemens, il ne sera peut être point sans intérêt de jeter un coup-d'œil sur le prix de journée de plusieurs d'entre eux, mais avant faisons observer que quelles que soient d'ailleurs les dispositions générales, elles ont besoin d'être modifiées dans l'exécution, parce qu'il est des individus d'une voracité telle que les portions ordinaires ne paraissent assouvir leur faim.

DÉPENSES.

BICÊTRE.

Dépenses.	Pensions.	Déduction du prix des pensions.	Prix de la journée.
1,000,276 f. 43 c.	9,893 f. 21 c.	991,383 f. 22 c.	» 98 f. 44 c.

SALPÊTRIÈRE.

1,415,269 f. 60 c.	20,541 f. 64 c.	1,394,727 f. 96 c.	» 79 f. 50 c.

La dépense moyenne de chaque lit sera donc de 354 fr. 26 c.

Voici les élémens de cette dépense de chaque journée.

	Bicêtre.	Salpêtrière.
Bâtimens.	04,56	02,35
Administration, gages, appoint. salaires, frais de bureau.	06,13	05,01
Nourriture.	64,68	56,02
Traitement.	01,02	01,
Chauffage et éclairage.	03,99	03,05
Mobilier (entretien).	11,86	06,58
Dépenses communes, à tous les chapitres.	06,22	05,48
Dépenses particulières, à quelques établissemens.	00,98	01,17
	99,44	80,66

Cette évaluation est un peu plus élevée que celle du chiffre précédent, mais il faut ne pas perdre de vue que la première évaluation est un peu au-dessous de la dépense réelle des aliénés.

A Saint-Yon le prix de la journée des pensionnaires,

à 1500 fr. est estimé à 2,70 ou à 988, 20 c. par an.
celui des pens. à 1000 fr. est estimé à 2,20 ou à 805. 20 c.
id. à 675 fr. à 1,60 ou à 585,60
id. à 450 fr. à 1,09 ou à 399.

Nous aurions voulu joindre ici les prix de journées des établissemens d'aliénés en Italie, mais la comptabilité n'étant point tenue dans ce pays avec le même soin qu'en France, nous nous bornerons à indiquer les prix de pension de quelques maisons.

Au Reggio Manicomio de Turin, il y a quatre classes des pensionnaires à 350, 450, 600 et 800 fr. Les pensionnaires des deux premières classes diffèrent peu des indigens, pour lesquels le gouvernement accorde une subvention de 200 fr. Ils sont dans des chambres com-

munes, seulement on les nourrit un peu mieux. Ceux des deux autres classes habitent des cellules séparées, il n'y a de distinction que pour la nourriture.

A Milan les pensionnaires des maisons de santé de la Senavretta et de la porte de Verceil forment trois classes : dans la première sont compris ceux qui paient trois florins par jour ; dans la seconde, ceux qui donnent deux florins ; dans la dernière, ceux qui ne peuvent payer qu'un florin. Les pensionnaires des deux premières classes ont chacun une chambre séparée; il n'y a de différence que pour le domestique spécialement attaché à chaque pensionnaire qui paie trois florins. Les malades de la dernière série couchent deux dans une même chambre, ont une nourriture moins abondante et le domestique commun.

Dans l'établissement de Saint-Lazarre près de Reggio de Modène, la pension pour les pauvres est de vingt-cinq sols par jour ; pour les riches des états de Modène, de trente-cinq sols ; et pour les Italiens des autres états, de quarante-cinq sols. La maison se charge à ce prix de la nourriture et de l'habillement des pauvres, de la nourriture des riches, du traitement physique et moral et des petites dépenses.

A Bologne, dans l'hôpital Sant'Orsola, l'entretien des aliénés est à la charge des communes; elles paient dix-huit bajocches par jour pour chaque malade, ce qui fait un peu plus de 20 sols de notre monnaie.

La plupart des aliénés sont sensibles aux influences atmosphériques ; les maladies auxquelles ils succombent, quand on ne les préserve point des injures de l'air, mettent cette vérité hors de doute. Il en résulte la nécessité de les vêtir d'une manière différente suivant les saisons. A Florence, les malades ont un costume uniforme qui varie selon les époques. En hiver ils portent une blouse, un pantalon ou une jupe en laine; en été leurs vêtemens sont en toile. A Rouen dans l'asile de Saint-Yon, les malades de la dernière classe ont en été une veste, un gilet, un pantalon de coutil bleu ; en hiver, on leur donne la même quantité de vêtemens en laine gris de fer. De plus, ils reçoivent toutes les semaines une chemise, une cravatte, un mouchoir de poche, des bas. Au lieu de cravatte, les femmes ont un fichu.

Nous avons dit que les malades devraient être vêtus chaudement dans l'hiver, jusqu'aux approches des chaleurs ; nous ajouterons qu'il faudra de même en automne se hâter de leur faire mettre des vêtemens d'hiver. La flanelle de santé convient à tous ceux qui ont la poitrine délicate, aux malades sujets aux dérangemens du ventre, et aux femmes qui ont des flueurs blanches. Nous insistons sur ce point parce que l'expérience nous a convaincu par des chiffres nombreux et que nous ferons connaître en temps et lieu, que cette infirmité guérissait très-bien par l'usage prolongé du caleçon.

On aura soin de faire porter au malade des chaussures chaudes ; le froid des pieds lui est toujours nuisible, et donne souvent lieu à des accidens graves.

L'uniformité du costume nous paraît offrir tous les inconvéniens d'une livrée. Cette vue doit donc être pénible pour les malades qui ont eu une certaine position dans le monde. Si d'ailleurs le costume des hôpitaux, ainsi que nous avons pu le voir, cause des impressions fâcheuses à beaucoup de malades, surtout aux femmes qui cherchent à le dissimuler par tous les moyens possibles, à plus forte raison doit-il exercer une impression désagréable sur des êtres dont la raison est ou a été troublée. Nous croyons qu'il n'en coûterait pas plus pour conserver aux malades les habillemens qu'ils avaient dans le monde, ou du moins pour leur en donner de variés.

Il y a cependant quelques exceptions à cette règle; les furieux, les malpropres ont besoin d'un vêtement particulier ; il ne conviendrait point que les ecclésiastiques ou les religieuses portassent un costume qui leur rappellerait sans cesse leur mal.

Il est un point sur lequel on ne saurait assez insister, nous voulons parler de la propreté. Le linge des aliénés doit être changé dès qu'il est sale, il en est de même de leurs vêtemens. Les dortoirs, les cellules, les lits, les vases de nuit réclament toute la surveillance des agens ; la santé des malades est liée à cette condition.

Ce n'est plus un problême à résoudre, écrivait jadis un homme célèbre, c'est le résultat le plus constant et le plus unanime de l'expérience, que dans tous les asiles publics, comme les prisons et les hospices, le plus sûr et peut-être l'unique garant du maintien de la santé, des bonnes mœurs et de l'ordre est la loi d'un travail mécanique rigoureusement exécuté. Cette vérité est surtout applicable aux hospices d'aliénés; et très-peu d'entre eux doivent être éloignés de toute occupation active ; un travail constant change la chaîne vicieuse de leurs idées, fixe les facultés de l'entendement en leur donnant de l'exercice, entretient seul l'ordre dans un rassemblement quelconque d'aliénés et dispense d'une foule de règles minutieuses et souvent vaines pour maintenir la police intérieure.

La paresse, l'indolence et l'oisiveté, vices si naturels aux enfans, dit La Bruyère, disparaissent dans leurs jeux, où ils sont vifs, appliqués, exacts, amoureux des règles et de la symétrie. N'en est-il pas de même des aliénés en convalescence, lorsque dans les langueurs d'une vie inactive on offre un aliment à leur penchant naturel pour le mouvement du corps et l'exercice? Aussi nul principe sur lequel la médecine ancienne et moderne soient d'un accord plus unanime. Un mouvement récréatif ou un travail pénible arrête les divagations insensées des fous, prévient les congestions vers la tête, rend la circulation plus uniforme et prépare à un sommeil tranquille.

Ce précepte dont nous sommes les premiers à proclamer l'excellence, est cependant peu généralement suivi en France. Aussi les étrangers tout en admirant nos beaux établissemens, les améliorations nombreuses introduites dans le traitement des aliénés, la douceur avec laquelle ils sont généralement traités, nous accusent-ils de ne pas les occuper suffisamment. On ne saurait contester qu'il y ait quelque chose de vrai dans ce reproche. Nous n'avons point oublié l'impression

favorable que produisit sur nous la vue du bel établissement de Sonnenstein à Pirna près Dresde, lorsque nous le visitâmes au mois d'août 1831. La plupart des aliénés travaillaient dans un vaste jardin potager ; les uns bêchaient, les autres arrachaient des herbes, ceux-ci traînaient des brouettes, ceux-là arrosaient. Aucun ne paraissait contraint à se livrer à ces occupations. Dans l'intérieur de la maison, le nombre des aliénés employés n'était pas moins considérable. Ils nettoyaient, portaient le pain et s'occupaient plus ou moins. On nous en fit remarquer surtout un qui travaillait dans la cour à fendre du bois. Il était fort tranquille, sa figure respirait la bonté, il exécutait ponctuellement les ordres qu'on lui donnait; mais à cet état de calme succédait au bout de quelques mois cette variété de la folie qu'on a appelée monomanie homicide. Lorsque les accès devaient le prendre, leur approche était annoncée par de l'insomnie, de la loquacité, bientôt son idée fixe le dominait, le subjuguait, et il était irrésistiblement poussé à s'emparer d'un couteau pour blesser et faire couler le sang. Plusieurs cas semblables ont été observés dans la maison.

Notre honorable ami, le docteur Marcincowski de Posen, connu par son noble devoûment dans la dernière lutte de la Pologne, nous a dit qu'il était si persuadé de l'avantage du travail pour les aliénés, qu'il les faisait travailler même d'une manière automatique, secondé dans ses vues par les sœurs de son hôpital; il s'est très-bien trouvé de la persévérance qu'il a mise dans ce moyen par lequel il supplée à l'insuffisance du lieu. Ce médecin nous a raconté un fait qui prouve bien l'influence heureuse du travail sur la folie. Un jeune Polonais, dont l'aliénation mentale avait résisté à tous les moyens curatifs, aux voyages les plus variés, végétait depuis quelques années livré à lui-même. Sa mère que l'espérance n'avait jamais abandonnée voyant les secours de la médecine inutiles, conçut avec toute la ténacité et l'ardeur du cœur maternel le projet de trouver une occupation au long désœuvrement de son fils. Malgré l'antipathie que le malade avait conçue contre elle, symptôme malheureusement si commun dans la folie, elle tente tour à tour vingt moyens différens, sans pouvoir tirer le malade chéri de son état de torpeur et d'engourdissement. A la fin, elle croit s'apercevoir que le tour l'intéresse un peu plus que toutes les occupations qu'elle avait essayées jusqu'alors. Elle se met avec ardeur au travail; ce spectacle aiguillonne le malade ; il veut aider sa mère dans son ouvrage, vous vous fatiguez, lui dit-il, laissez-moi vous seconder, faire le plus difficile. Il montre d'abord de l'hésitation et de la répugnance, peu à peu il devient assidu, bientôt il témoigne le plaisir réel que lui cause cette utile diversion, et l'amélioration la plus grande ne tarde pas à se manifester dans ses facultés intellectuelles. Nous avons choisi cet exemple, parce que le malade est bien connu, qu'il a été soigné pendant longtemps par les plus illustres médecins de Paris et que sa guérison peut faire autorité.

Une dame de notre connaissance, en proie à une mélancolie profonde, avait essayé inutilement une foule de remèdes; M. Magendie lui conseille l'exercice du cheval; peu familiarisée avec l'équitation, elle éprouva d'abord un brisement et des accidens qui dirigèrent son attention vers un mal positif. Guerie, elle continua de monter à cheval, parce que l'exercice lui plaisait; en peu de temps tous les symptômes de l'hypochondrie avaient disparu.

L'utilité du travail ne saurait être mise en doute, mais il faut avouer que l'exécution de cette idée n'est pas aussi facile qu'on se l'imagine. Les Allemands, les Suisses, les Américains même se prêtent beaucoup plus facilement que les Français à la discipline et aux réglemens. Ceux-ci sont toujours prêts à se révolter; ils ne peuvent supporter les réprimandes, heureux quand ils tolèrent les avis. Nous savons qu'on rejette le blâme sur les directeurs des établissemens publics, mais nous avons assez vu par nous-même pour rester convaincu que le travail ne se laisse pas facilement imposer aux hommes. Ce moyen est d'une application bien moins facile encore chez les gens riches, ou chez ceux qui ont brillé dans le monde par leur esprit, leurs talens, leurs places, il est presqu'impossible de les faire travailler.

Nous venons de signaler les obstacles qui peuvent s'opposer à ce que les aliénés se livrent à des occupations, mais nous devons nous hâter d'ajouter qu'ils sont loin d'être insurmontables, et qu'on rencontre à chaque instant des individus qui consentent volontiers à utiliser leur temps. Nous pensons qu'on arriverait facilement à ce résultat, en attachant une récompense ou un léger salaire au travail des aliénés. Ces deux moyens serviraient d'encouragement à ceux qui travaillent et stimuleraient les paresseux.

Le besoin du travail, d'un exercice quelconque, étant reconnu, voici comme nous classerions les aliénés qui seraient soumis à notre direction, en prenant toutefois en considération l'habitude et l'aptitude du malade vers les exercices du corps, son industrie et ses goûts : Ceux dont l'intelligence ne serait lésée que sur un petit nombre d'objets, seraient employés à tous les travaux qui demandent encore quelques légères combinaisons. Dans un grand établissement, il faut de toute nécessité avoir des ateliers de serrurerie, de menuiserie et de maçonnerie. Ceux qui auraient quelque aptitude pour ces professions et surtout pour les deux premières y trouveraient une diversion utile et un exercice salutaire; mais dans le choix de ces malades, il faudrait éviter les aliénés malicieux, méchans, ceux qui auraient une tendance au suicide et à la monomanie homicide.

La création d'une petite ferme, d'un moulin, d'une brasserie, permettrait d'employer aux besoins de ces divers établissemens un nombre d'aliénés plus considérable, parce que ces occupations n'exigeant plus de combinaisons d'idées, beaucoup d'imbéciles et d'idiots pourraient être utilisés. A la ferme de la santé près Bicêtre, les aliénés convalescens ont exécuté cette année des mouvemens de terre considérables; ils se sont livrés avec plaisir à la culture, et ils ont mis en pleine activité

une blanchisserie de toile à Bicêtre même; plus de cent cinquante aliénés sont occupés à des ouvrages de terrasse, de maçonnerie, de culture, de badigeonnage, de menuiserie, de serrurerie et même de charpente.

Si la distribution de la maison s'opposait à ce que ces bâtimens fussent élevés, de vastes jardins potagers pourraient en tenir lieu. Nous avons parlé de ce qui se fait dans ce genre à Sonnenstein; tous les étrangers qui ont visité ce bel établissement en ont été frappés comme nous. L'intérieur de la maison offre encore des moyens multipliés d'occupation. Le balayage des corridors, l'entretien des cours, la distribution des vivres employeront un certain nombre d'aliénés.

On s'est servi dans plusieurs établissemens des malades revenus à la raison en qualité d'infirmiers. On avait pensé qu'ils apprécieraient moins la position de ceux qu'ils étaient appelés à soigner; mais on n'a pas tardé à s'apercevoir qu'ils étaient, en général, d'un caractère inégal, brusque, sujets à des rechutes, qu'ils étaient encore mieux indulgens que les autres pour les fautes des aliénés. Aussi la plupart des médecins psychiatriques croient-ils aujourd'hui qu'il vaut mieux recourir aux infirmiers ordinaires.

En hiver, les travaux extérieurs manquent presque tous, il faut alors les remplacer par d'autres occupations sédentaires. Pourquoi ne chercherait-on pas à diriger l'attention des aliénés vers ces industries si familières aux prisonniers? Ne pourraient-ils pas tresser des chapeaux de paille, des nattes, des filets, faire des petits ouvrages au tour. La filature et la tisseranderie sont au nombre des travaux les plus convenables aux fous, parce qu'ils exigent de l'attention, de la patience, et peuvent être exécutés, sans le secours d'aucun instrument dangereux. Nous pensons qu'il conviendrait surtout dans ce cas d'avoir des infirmiers instruits dans une profession, ou dans un métier quelconque, qui serviraient de guides aux aliénés. Le but des travaux serait loin d'être aussi avantageux, si les maîtres des ouvrages, n'étaient pas des garde-malades.

Pour suppléer, autant que possible, à l'absence des travaux, pendant la saison des froids, il faudrait faire faire aux aliénés des promenades, sous la surveillance d'infirmiers instruits. Cette pratique adoptée à Sonnenstein et dans la maison du docteur Blanche à Montmartre, produit de très-bons effets. Nous avons vu des divisions de quinze à vingt malades se promener; tous étaient tranquilles. Plusieurs même paraissaient fort contens. Les promenades extérieures ne conviennent pas seulement aux malades qui ne peuvent plus travailler, à cause de la rigueur de la saison, mais elles sont encore indispensables dans tous les temps, à ceux qui ne veulent point s'occuper, quels que soient les moyens que l'on mette en usage. Ces exercices n'ont pas seulement l'avantage d'apporter quelques distractions aux aliénés, mais par la fatigue qu'ils déterminent, ils les disposent au sommeil souvent si difficile à obtenir chez eux. Nous avons vu plus d'une fois des aliénés, qu'aucun moyen térapeuthique n'avait pu faire dormir, recouvrer le sommeil, après plusieurs jours de promenade.

Les femmes sont généralement plus disciplinables que les hommes, aussi exécutent-elles beaucoup mieux les tâches qui leur sont imposées. Les travaux de la couture, de la lingerie, du blanchissage, sont pour elles une ressource précieuse. Elles y joindront le filage du lin, le tricot. Mais nous le répétons, il faut rénumérer l'activité par une récompense quelconque, par un léger salaire, une plus grande liberté, de plus beaux habits. La plupart des aliénés aiment le tabac. On fera tourner ce besoin au profit du travail.

Il est des aliénés qui par leur position dans le monde, ou par la direction inflexible de leurs idées, ne sauraient être astreints à aucun genre de travail manuel. Là, il faut alors créer d'autres occupations, on aura pour eux un jeu de paume, un billard, des jeux de dames, d'échecs, une bibliothèque composée de livres choisis. Ils pourront encore s'occuper au dessin, à l'écriture, à la musique et à différens exercices gymnastiques.

Il y a quelques années, on eut l'idée à Charenton de faire représenter des pièces de théâtre aux aliénés. Tous les essais furent malheureux, et dès que les médecins observateurs purent en constater les effets, il fallut se hâter d'abandonner ce moyen. N'était-ce pas le comble de la déraison d'offrir aux victimes des passions le tableau de ces mêmes passions.

Quels que soient les moyens mis en usage, il y aura toujours des aliénés qui seront sourds à la voix de la douceur, aux avis, aux menaces même. Tumultueux, agités, furieux, on les verra venir se jeter à travers tout, effrayer leurs commensaux, et porter dans l'institut l'agitation et le désordre. Dans l'intérêt général, il faut que ces malades soient soustraits à la vue des autres; qu'ils soient même punis quand ils ont commis des fautes, car il est d'observation que souvent l'aliéné dans son délire, a la conscience du mal qu'il a fait.

A l'hospice du couvent de force, à quatre lieues de Bordeaux, chaque classe d'aliénés a un réfectoire commun, et la plus grande punition qu'on puisse infliger à un de ces malades, c'est de le priver de manger à son réfectoire. Cet exemple et notre propre expérience nous ont persuadé, qu'avant d'en venir aux mesures coercitives, il fallait recourir à des moyens plus doux. Ainsi l'on commencera par adresser à l'aliéné qui s'est rendu coupable de quelque infraction, des remontrances motivées; on passera ensuite aux menaces, s'il est nécessaire, mais il ne faudra pas oublier qu'on n'en doit jamais faire qui ne pourraient être mises à exécution, et qu'il importe de les appuyer toujours par l'appareil d'une force imposante.

Le changement dans les repas, portant sur la quantité ou la qualité des mets, la privation d'un repas, le changement de demeure doivent aussi être essayés avant toute autre punition. On doit également ranger parmi ces mesures d'avertissement, le changement des occupations, et la privation des plaisirs ou des choses agréables à l'aliéné.

Ces principes établis, passons en revue les moyens

qu'il sera le plus convenable d'employer. Nous ne parlerons point de ces anneaux en fer, scellés dans la muraille qui servent à Rome à fixer les malades turbulens et les furieux. Attachés par le cou et le pied les aliénés sont contraints à rester debout. On sent assez qu'une parcille position doit être un supplice insupportable. Il en est de même des armoires et des lits verticaux de Naples. La réclusion dans la cellule, la camisole et le fauteuil de force, les genouillères et les douches, telles sont les seules punitions dont on fait usage aujourd'hui, lorsque l'aliéné est incoercible. Peut-être conviendrait-il comme à Charenton d'avoir de larges blouses pour les furieux, pour ceux qui errent nus ou qui déchirent tous leurs vêtemens.

La réclusion dans la cellule est la peine la plus simple et peut-être la plus généralement efficace. Elle peut être modifiée de diverses manières; ou l'on enferme le malade dans une cellule ordinaire, ou bien on le prive de la lumière du jour, ainsi que nous l'avons indiqué en parlant des chambres obscures. Ce moyen est souvent excellent dans la folie furieuse.

Mais si l'aliéné fait des tentatives de suicide, s'il brise, s'il frappe, la réclusion serait insuffisante, il faut se servir de la camisole de force. Celle-ci est faite de contil ou d'une très-forte toile double qui se ferme sur le dos par des rubans, ou des boucles. Les deux manches plus longues que celles d'un habit ordinaire, se croisent au-dessus des hanches et se lient sur le dos. Nous avons été surpris d'apprendre que Haslam ait blâmé l'emploi de la camisole; il y a dix ans que nous la voyons employée dans tous les établissemens de Paris et nous n'avons jamais pu lui reconnaître aucun des inconvéniens signalés par ce praticien distingué. Nous avons remarqué à Sonnenstein une disposition qui nous a paru ingénieuse. Les malades revêtus de la camisole, sont couverts d'un manteau et leur amour propre se trouve ménagé vis à vis les autres malades. Ce moyen a eu souvent la plus heureuse influence sur leur moral. Les médecins qui ont vécu avec les aliénés comprendront très-bien cet effet, parce qu'ils savent que tous les actes de l'intelligence sont loin d'être troublés.

Le fauteuil de force, critiqué par les uns, loué par les autres, nous paraît très-utile pour contenir les fous méchans, dangereux, ou qui veulent se tuer, mais nous croyons qu'il ne doit être employé que pour un temps infiniment court. Ce fauteuil en bois de chêne, rembourré en crin, doublé de cuir, percé d'un trou pour les déjections, à dos brisé, plus élevé que la tête du malade quand il est assis, est garni de supports pour les avant bras et les pieds.

Lorsqu'on est obligé de tenir l'aliéné furieux, turbulent ou suicide, dans son lit, on le fixe à l'aide de la camisole, de genouillères en coutil, et l'on passe pardessus son corps, de fortes sangles qui vont s'attacher aux montans latéraux du lit.

Enfin, il peut arriver que l'aliéné soit atteint de la monomanie suicide, au plus haut degré. Ce cas un des plus graves qui se présente au médecin, exige toutes les ressources, surtout si l'aliéné veut se laisser mourir de faim. Après avoir tenté, sans aucun succès, tous les moyens usités en pareil cas, les douches comprises, on doit cependant chercher à faire manger l'insensé, car on est parvenu plusieurs fois à lui rendre la vie et la raison en lui faisant prendre des alimens.

Le plus ordinairement, quand un aliéné refuse obstinément sa nourriture, on le renverse sur le dos, puis on lui pince les aîles du nez, la bouche s'ouvre et l'on y verse un aliment liquide, au moyen d'un biberon. Dans trois cas nous avons employé avec succès la sonde œsophagienne introduite par les fosses nasales, dans laquelle nous injections un liquide nourrissant à l'aide d'une seringue.

Si les aliénés ont résisté aux douches, à l'ouverture forcée de la bouche, à l'introduction de la sonde œsophagienne, on pourra recourir à la machine rotatoire. Le docteur Bruni à Florence, en a retiré de bons effets dans ce cas. Les nausées, les vomissemens, la demi-perte de connaissance, le choc épigastrique, occasionnent à ces malades une si grande frayeur, qu'il est rare qu'à la vue de cette machine, ils refusent les alimens qu'on leur présente. L'obstination des suicides est quelquefois si opiniâtre et leur mort si certaine, qu'on ne doit pas être arrêté, parce que la machine rotatoire a quelquefois déterminé des congestions cérébrales, jamais l'aphorisme *meliùs remedium anceps quam nullum*, ne fut d'une application plus vraie.

On pourra consulter sur ce point, l'excellent traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés par Joseph Guislain, médecin à Gand, imprimé à Amsterdam, en 1826.

Direction médicale.

La folie, compagne inséparable de la civilisation, croissant avec elle, se multipliant à mesure que les vices, les passions, les misères, les inventions, les idées nouvelles, se pressent dans la tête de l'homme, la folie, dis-je, n'est point du domaine de tous. Elle veut pour être comprise un médecin psycologiste et moraliste, dont les connaissances médicales soient aussi étendues en thérapeutique qu'en hygiène. Comment, en effet, diriger le traitement moral qui joue un si grand rôle dans cette partie de la médecine, si l'on n'a fait une étude approfondie des passions qui agitent et tourmentent la vie! Mais eut-il toutes ces qualités, le médecin ne serait pas encore en état de diriger des aliénés, s'il n'avait longtemps vécu avec eux dans les hôpitaux et les établissemens qui leur sont consacrés. Que les autorités et les administrateurs soient bien convaincus que la réputation d'une maison ne dépend pas seulement de ses constructions, qu'elle est encore plus liée aux talens du médecin. Nous pourrions citer des instituts admirablement bien tenus, sous tous les rapports, qui sont déchus de la place qu'ils occupaient dans l'opinion publique, par l'inopportunité du choix médical.

La première qualité d'un médecin d'aliénés, c'est qu'il ait des connaissances spéciales sur la matière;

car les devoirs qu'il a à remplir sont d'une haute importance. Ainsi, il doit savoir à quel ordre du cadre nosologique se rapporte le malade qui lui est présenté. Nous avons souvent été témoin des erreurs commises par plusieurs de nos honorables confrères sur la nature des maladies du cerveau. Combien de fois avons-nous vu traiter comme fous des hommes qui avaient un arachnitis, une encéphalite, un ramollissement; le préjugé si défavorable encore à l'aliénation, malgré nos efforts répétés, s'établissait et l'avenir se trouvait à jamais compromis par une faute de diagnostic. D'autres fois, au contraire, nous avons été consulté pour des hommes atteints de maladies mentales, qu'on traitait pour des affections cérébrales d'un autre genre, et nous arrivions pour dire qu'on avait perdu un temps irréparable. Si d'ailleurs les diverses espèces de folie n'étaient pas familières au médecin, il confondrait une classe avec une autre, et ses erreurs auraient les résultats les plus fâcheux pour le malheureux malade. Le classement des aliénés est la fonction qui demande le plus de notions pratiques, parce que leur guérison dépend souvent de ces distinctions rigoureuses. Il y a plus, il ne doit pas perdre de vue les changemens que peut éprouver le genre d'aliénation; ainsi tel homme qui est arrivé furieux, maniaque, peut devenir au bout de quelque temps monomaniaque, et le séjour qui lui avait été assigné au début de son mal, ne saurait lui convenir, quand son cerveau ne délire plus que sur un petit nombre d'idées.

Des questions d'un ordre non moins élevé sont posés à chaque instant au médecin; on lui demande si l'individu est curable ou incurable, s'il peut être ou ne pas être interdit; cette dernière question exige de sa part une grande observation et une extrême réserve, car à sa solution sont souvent attachés les plus graves intérêts. Une interdiction prématurée, comme une interdiction trop lente ont plus d'une fois amené la ruine de toute une famille. La vie même peut dépendre de son jugement, car il est fréquemment appelé à donner son opinion dans des affaires criminelles, et la culpabilité ou l'innocence de l'action, sera le résultat de l'avis qu'il émettra sur l'état des facultés intellectuelles de l'accusé.

Je suppose le médecin instruit dans l'aliénation mentale, versé dans l'étude du cœur humain, suivons-le maintenant dans l'intérieur de son hôpital. Si l'on était bien pénétré de la haute influence qu'exerce un médecin résidant dans un institut d'aliénés, on lui imposerait pour première condition de sa charge, l'obligation de rester dans la maison. Mais il faudrait alors le rétribuer convenablement, car il y a pour lui perte de clientelle, fatigues, dangers et dégoût de toute espèce. C'est ce que l'on a très-bien senti dans les états autrichiens, où les médecins sont obligés à résidence, mais n'ont pas moins de quinze à dix-huit mille francs d'appointemens. M. Esquirol, à qui l'on doit tant d'excellens travaux sur la folie, nous a répété plus d'une fois, que c'était en vivant au milieu des fous, surtout en les observant dans le silence des nuits qu'il était parvenu à acquérir les meilleures notions sur eux. Il est, en outre, un point qui réclame une observation longue et attentive des aliénés, nous voulons parler de leurs maladies; car à la perte de la raison, il faut joindre le long cortège de toutes les autres misères qui décime l'espèce humaine. C'est ici que l'analogie qui s'offre si souvent entre les fous et les enfans se reproduit avec plus de force. Comme chez ces derniers, nulle plainte raisonnable ne vient donner l'éveil sur l'origine du mal. La phthisie pulmonaire, l'anévrysme, la fluxion de poitrine, l'inflammation de bas ventre ne sont souvent décélés par aucun indice caractéristique. Un peu d'altération des traits, un peu moins d'appétit, voilà les seuls symptômes des affections les plus graves; ces symptômes qui pour tout autre passeraient inaperçus, suffisent au médecin d'aliénés pour inspirer les craintes les plus sérieuses, et pour provoquer de sa part l'examen le plus attentif. Mais encore une fois, cette expérience ne s'acquiert qu'en résidant au milieu des fous, et c'est ce qu'ont très-bien démontré MM. Esquirol, Jacobi, Burrhows et Friedreich; c'est aussi ce que nous a fait voir notre propre expérience.

La cure de l'aliénation n'est pas d'ailleurs seulement thérapeutique comme celle des autres maladies, elle offre encore une seconde partie non moins importante que la première, et souvent même beaucoup plus utile, nous avons nommé le traitement moral. C'est sans contredit le point le plus difficile, et celui qui fait des médecins d'aliénés une classe à part, qui ne compte qu'un petit nombre d'adeptes. Il ne s'agit point ici, en effet, de ces consolations banales que nous avons vu si souvent prodiguer comme des formules tout apprises, mais bien de l'art fort peu aisé de combattre les passions par les passions, en opposant aux penchans désordonnés, emportés, vicieux, des inclinations plus tranquilles, des pensées meilleures. Comme l'organisation, en dernière analyse, est la cause motrice de toutes les actions humaines, celui-là seul sera apte à donner des soins aux malades, qui aura consacré ses veilles à l'étude de l'organisation. S'il se trouve dans la nécessité de faire des remontrances, d'adresser des reproches, de tenir un langage sévère, il le fera avec la mesure convenable, parce qu'il ne s'emportera point contre des fautes, des défauts, des vices inhérens à la nature de l'homme, que l'éducation avait refoulés au fond du cœur, mais qui, par la perte de la raison, se révoltent avec d'autant plus de violence qu'ils avaient souffert une plus longue contrainte. — Le médecin psychiatrique est donc la pierre fondamentale d'un asile d'aliénés, et c'est avec vérité que l'on a dit qu'il devait être le centre où tout devait aboutir. La considération la plus grande, la déférence la plus parfaite, telles sont les règles de conduite qui doivent être mises en pratique à son égard. Ainsi placé, il devient un objet de respect et de crainte pour les aliénés et son influence sur leur moral est immense; si le pouvoir, au contraire, est partagé, s'il est à plus forte raison contesté, toutes les connaissances du médecin sont inutiles, il n'inspire plus de confiance, le but qu'il se propose, celui même

de la maison sont complétement manqués, et il ne lui reste plus qu'à se retirer, s'il ne veut pas compromettre sa réputation et la santé des malades.

Que d'observations curieuses nous pourrions citer de cette puissante influence du contact continuel du médecin avec les aliénés. Combien avons nous vu de ces malades qui vainement traités par les hommes les plus habiles dans notre art, arrivaient dans les maisons de santé avec un caractère intraitable, une hauteur et une vanité démesurées, des prétentions de toute espèce, une méchanceté incroyable. On ne pouvait leur adresser la parole sans s'entendre dire des impertinences ou des grossièretés; bientôt cependant l'action médicale commençait à s'exercer; elle était partout, dans les mesures administratives, dans les moyens moraux, dans les repas; et ces mêmes hommes qu'on regardait comme perdus, rentraient dans la société guéris de toutes leurs infirmités morales. On n'a point assez fait d'attention à la différence immense qui existe entre les hôpitaux ordinaires et les établissemens d'aliénés. Dans les premiers, les devoirs du médecin se bornent aux visites du matin, aux prescriptions et aux polices des salles; il peut, s'il a beaucoup de zèle, revenir dans la soirée pour les cas graves, mais enfin sa présence habituelle n'est point indispensable. Il n'en est plus de même pour les établissemens d'aliénés; le succès du médecin est dû à sa connaissance parfaite de chaque individu, et il ne peut y parvenir qu'en vivant au milieu des aliénés.

Mais il ne suffit pas que le médecin possède de grandes connaissances, qu'il habite dans la maison, il faut encore qu'il se recommande par la moralité de ses principes.

Un extérieur imposant souvent si utile dans les affaires de la vie, exerce surtout son influence sur les aliénés. Une voix mâle, des accens énergiques donnent plus de poids aux avis et aux remontrances. Le langage doit être alternativement amical et ferme, mais il doit surtout avoir la justice pour règle. Il n'est personne qui n'ait remarqué que les aliénés obéissent aux injonctions qui leur sont faites, lorsqu'elles sont fondées, tandis que les observations déplacées les mécontentent, les irritent et souvent les mettent hors d'eux-mêmes.

Tous les matins le médecin fera sa visite. Il examinera avec soin les nouveaux-entrés, sur lesquels l'interne lui donnera une note exacte. Il consolera, reprimandera, ou punira, suivant la conduite des malades. L'histoire de tous lui sera familière, c'est une recommandation qu'on ne saurait assez faire au médecin d'aliénés. Il faut que les malades sachent qu'ils s'intéressent à eux, qu'il s'occupe avec soin de tout ce qui les concerne, et que leur santé, leur conduite sont l'objet de son attention.

Chaque jour, il prescrira les remèdes convenables. Ses prescriptions seront inscrites sur des cahiers de visite tenus par les internes. A Charenton, ces cahiers ont 8 colonnes; la 1re comprend les noms du malade; la 2e la date de son entrée à la maison; la 3e les remèdes internes; la 4e les remèdes externes et chirurgicaux; la 5e le régime gras; le 6e le régime maigre; la 7e les bains, douches, promenades, exercices; et la 8e la sortie ou la mort.

Indépendamment de ce cahier, l'interne aura un registre particulier, où seront inscrits les noms, prénoms, âges, lieu de naissance et de domicile profession et occupations des aliénés; le jour de l'entrée, celui de la sortie ou de la mort, l'historique de la maladie, avec l'indication des causes ou circonstances qui ont pu influer sur son développement et le genre des terminaisons; il y ajoutera une exposition sommaire du traitement, ainsi que le résultat de l'ouverture des corps.

Le médecin aura également dans ses attributions le régime physique et moral; la police médicale et personnelle des aliénés, savoir : la quantité des alimens et des boissons, la classification des malades, le lieu et la durée des réclusions, le degré de liberté dont ils peuvent jouir à l'intérieur et à l'extérieur. C'est encore lui qui prescrira les moyens de répression, d'encouragement ou de récompense à employer à l'égard des aliénés, les différens genres de travail ou d'amusement auxquels on peut les appliquer, la manière dont les gens de service doivent leur parler, les traiter et se conduire avec eux.

Les visites des parens, des amis et des étrangers ne pourront avoir lieu sans son autorisation. A Saint-Lazarre près Reggio de Modène, il propose au président les dépenses, et lorsqu'elles sont approuvées, elles sont faites par l'intendant.

Le médecin désignera les convalescens de l'un et l'autre sexe, les malades qui peuvent être admis à la table commune.

La police des salles, leur tenue sous le rapport de la salubrité, l'époque des feux, le degré de chaleur à l'aide du thermomètre, les ouvertures des corps seront entièrement du ressort du médecin. Tous les mois il fera l'inspection des médicamens et quand il le jugera convenable, celle des différens comestibles, ainsi que des cuisines.

Les bains et les douches ne devraient être donnés qu'en sa présence. A son défaut, le médecin adjoint ou le directeur le suppléeront.

Mais nous le répétons encore en terminant ce mémoire, si l'on veut qu'un établissement soit bien tenu, si l'on veut qu'il jouisse d'une réputation, méritée, il faut non-seulement que le médecin soit honoré, respecté dans la maison, mais qu'il soit connu au dehors par son instruction et ses travaux. Point de célébrité sans les talens.

—

Note sur l'asile de Saint-Yon à Rouen.

En 1833, il y avait 445 aliénés dans la maison, savoir : 210 hommes et 235 femmes.

107 malades étaient entrés dans le courant de l'année 1833, 54 hommes et 53 femmes, il en était sorti 77, 39 hommes et 38 femmes, 40 aliénés avaient recouvré la raison. 17 hommes et 25 femmes avaient succombé.

Le personnel se composait :

1° Des malades des départemens étrangers payant intégralement 450 fr. nombre.	51
2° Des malades du département appartenant à des communes riches ayant 10,000 fr. de revenu, ou à des communes renfermant un hospice. Ces malades payent 350 fr.	173
3° Des malades pauvres, mais dont 38 payent généralement les uns 225.	38
Les autres demi pension.	20
Les autres ne payent rien.	63
4° Des pensionnaires aux taux des 4 classes. . .	100
Total.	445

Les dépenses des pensionnaires sont évaluées :

	Par jour.	Par année.
1re classe	2 fr. 70 c.	988 fr. 20 c.
2e classe	2 20	805 20
3e classe	1 60	585 60
4e classe	1 09	399 »

Personnel de l'administration :

Directeur, logé, chauffé, éclairé.	fr. 4600
Médecin. id.	4600
Chirurgien ad honores.	»
3 Élèves internes, logés, chauffés, éclairés, blanchis, nourris, chacun.	400
Aumônier, logé, chauffé, éclairé, blanchi, nourri.	500
Économe, logé, chauffé, éclairé, blanchi. . .	1500
Sous-économe. idem.	600
Commis principal externe.	1500
2 Expéditionnaires externes, chacun. . . .	700
Chauffeur, en même temps baigneur, nourri habillé, logé, chauffé.	350
Portier. idem.	300
Jardinier. idem.	500
Cuisinier. idem.	450

Infirmerie.

17 Sœurs de voile et une supérieure, chacune.	200
8 Sœurs converses, chacune.	150
1 Infirmier major, nourri, logé, habillé. . .	500
6 Infirmiers de 1re classe, habillés, nourris. .	250
6 Infirmiers de 2e classe, idem, chacun. . .	200

Dépenses de 1833.

Office divin.	fr. 645 95 c.
Bureaux.	867 60
Employés.	25138 64
Nourriture.	90043 57
Pharmacie.	4151 80
Perruquier.	1082 »
Tabac.	4465 »
Lingerie, vestiaire, chaussure.	20899 65
Blanchissage.	4264 90
Mobilier.	8893 13
Chauffage.	12917 70
à Reporter.	173369 94
Report.	173369 94
Éclairage.	1865 77
Bâtimens.	9401 90
Jardins.	1901 43
Dépenses imprévues.	725 53
Total.	187,264 57

Le département de la Seine inférieure alloue 30,000 f. par an.

De plus une deuxième allocation qui varie de 35,000 à 18,000 fr.

Le nombre des aliénés est dans ce moment de.	430
Celui des employés est de	57
Total	487

Ce qui donne par année par tête .	384 fr. 52 c.
Et par jour par personne . . .	1 05

Note sur Charenton.

Les pensionnaires de cette maison forment trois classes : ceux de la première payent 1300 fr.; ceux de la seconde 1000 ou 700 fr.; le prix de la troisième n'est que de 300 fr.

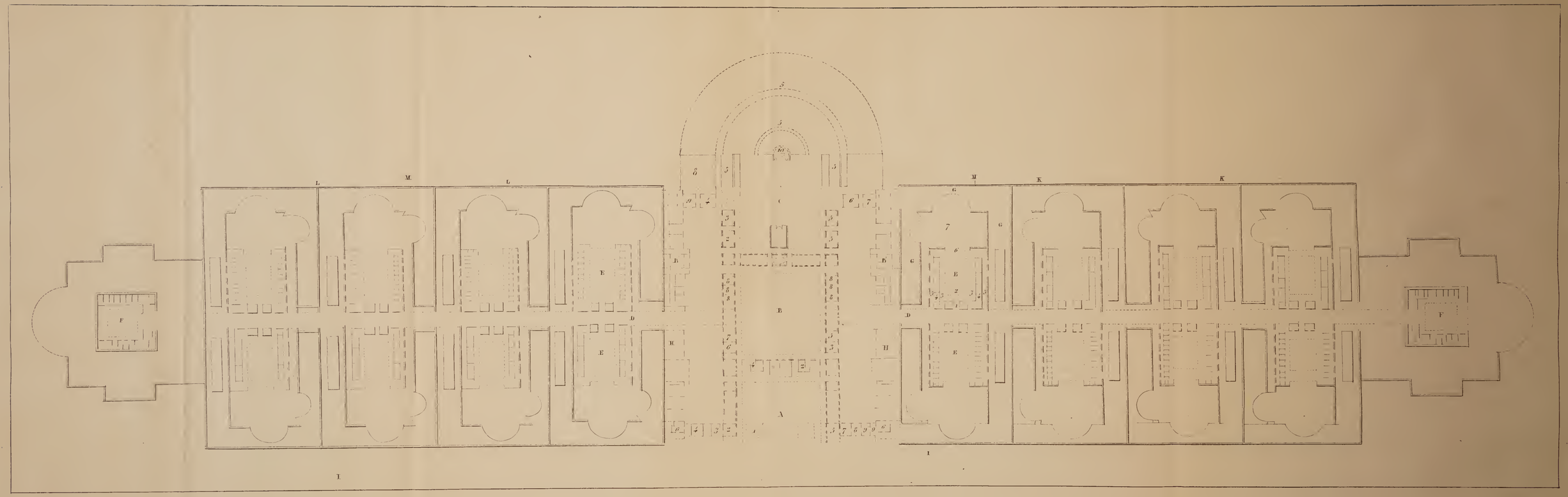
Le gouvernement paie, en outre, une somme annuelle de 40,000 fr. pour 68 places entières, 29 demi-places et 10 places à des prix divers. Des militaires de toutes armes et de tous grades sont entretenus aux frais des ministères de la guerre et de la marine. Enfin la maison de Charenton a encore un revenu de 15,500 fr. C'est avec ces ressources qu'on fait face aux dépenses.

Les traitemens fixes sont déterminés pour chaque année, ainsi qu'il suit :

Celui du directeur	6000 f.
Celui du médecin en chef	4000
Celui du chirurgien en chef	2000
Celui du médecin-adjoint	1500
Celui de l'économe	1800
Celui du receveur	1500
Celui du surveillant	1500
Celui du préposé aux réceptions	600
Celui des internes.	500
Celui de l'aumônier	600
Celui de la surveillante de la lingerie . . .	400
Celui des commis aux écritures	800
Celui des expéditionnaires.	600
Celui des garçons de bureau	250

Le directeur, l'aumônier, le médecin-adjoint, l'économe, le receveur, le surveillant, le préposé aux réceptions, la surveillante de la lingerie, les élèves internes, les commis et les expéditionnaires sont logés, nourris, chauffés, éclairés et blanchis aux dépens de l'établissement. Lorsque le médecin en chef réside dans la maison, il jouit des mêmes avantages; s'il réside à Paris, il lui est payé pour indemnité de ses frais de voyage une somme annuelle de 2000 fr.

Les fixations des gages des infirmiers, domestiques


L
M
L
M
K
K
I
I
A
B
C
D
E
F
G
H

et gens de service; les avantages dont ils jouissent dans l'établissement sont déterminés par le directeur.

Le directeur peut allouer aux employés, aux infirmiers et aux domestiques de toute espèce de la maison des gratifications extraordinaires proportionnées aux travaux dont ils ont été chargés, à leur zèle, à leur assiduité, à leur fidélité et à leur bonne conduite, pourvu que ces gratifications n'excèdent pas par année le dixième du traitement de 600 fr. et le dessus, ou le quart des gages au-dessous de 600 fr. Ces gratifications sont prises sur les gains et les bonifications que la maison peut faire sur les divers abonnemens.

Le receveur est tenu de fournir un cautionnement en numéraire de la somme de dix mille francs qui est versé dans la caisse du Mont-de-piété de Paris.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Bâtiment de l'administration au centre.

A. 1re Division a un étage.

A' Entrée.
1 Concierge principal.
2 Bureau d'entrée.
3 Salle de réception.
4 Salle de garde.
5 Parloir.
66 Vestiaires.
7 Médecin en chef.
8 Aumônier.
99 Élèves en médecine.
99 Employés.

B. 2me Division a un ou deux étages, avec un belvédère.

1 Directeur.
2 Économe.
3 Pharmacien.
4 Médecin-adjoint.
5 Pharmacie.
6 Cuisine.
7 Officines.
8 Magasins des étoffes.
8 id. des toiles.
8 id. des ustensiles.
8 id. des comestibles.
8 Étale.
8 Panneterie.
8 Épicerie.

Convalscens au 1er étage sur les côtés.

C. 3me Division formant le carré long.

1 Chapelle.
2 Communauté.
3 Lingerie.
4 Boulangerie.
5 Buanderie, coulerie, lavoir, dépôt de linge sale, séchoir, repassage et pliage, matelasserie.
6 Amphithéâtre.
7 Salle des morts.
8 Bûcher.
9 Charbonnerie.
10 Pompe à feu.

Galeries latérales.

KK. Côté des hommes.
LL. Côté des femmes.
DD. Corridor général liant les pavillons entre eux.
E Pavillons ou sections.
1 Entrée.
2 Cour.
33 Galerie intérieure.
44 Dortoirs ou cellules.
55 Galerie extérieure.
6 Grille qui donne sur un jardin.
7 Jardin.
GGG. Espace destiné à séparer les sections les unes des autres.
F. Bâtiment des furieux.
MM. Mur de ronde.
B'B' Bains.
H. Pensionnaires.

I.I.I. Emplacement pour la ferme, les jardins potagers, les ateliers, les boutiques, les remises, les écuries, etc.—Le billard, la bibliothèque pourront être placés dans le bâtiment du directeur.

Rapport sur la question suivante, proposée au concours de 1834 :

« *Indiquer l'exposition, l'emplacement, la distribution, la direction hygiénique et médicale les plus convenables pour l'établissement d'un hospice d'aliénés.* »

(Lu dans la séance du 8 décembre 1835.)

Messieurs,

Parmi les questions que la Société a mises, l'année dernière, au concours, celle qui concerne le plan d'un hospice d'aliénés n'est pas la moins intéressante. Un pareil sujet était bien propre à exciter l'émulation des médecins philanthropes qui font de l'aliénation mentale l'objet spécial de leurs études; c'était une belle occasion de signaler les imperfections attachées à ces sortes d'établissemens et de proposer les améliorations dont ils sont encore susceptibles, surtout dans notre pays, où, confiés la plupart à des intérêts particuliers, ils sont organisés d'une manière peu méthodique et souvent contraire aux lois de l'hygiène. Il faut en excepter l'établissement des aliénés de Gand, placé sous la direction d'un homme habile, le docteur Guislain, et méritant à juste titre la bonne réputation qu'il s'est acquise.

Nous ne sommes plus au temps où les aliénés étaient impitoyablement renfermés et enchaînés dans des espèces de cachots ; c'est un progrès de civilisation que nous devons à l'illustre Pinel, qui, le premier, en 1792, eut le courage d'ôter les fers à ces malheureux, qu'il rendit ainsi à la liberté. Mais l'isolément des insensés et la création d'hôpitaux consacrés à leur traitement sont aujourd'hui des faits sanctionnés par l'expérience et dont personne ne s'avisera de contester l'utilité. Si ces hôpitaux ne remplissent pas toujours le but pour lequel ils sont destinés, s'il n'existe pas un bâtiment modèle en ce genre, c'est que la plupart sont d'anciens couvens auxquels on a adapté le mieux qu'on a pu de nouvelles constructions, et que les hommes éclairés chargés de leur administration, étrangers à la médecine, connaissent peu les conditions nécessaires à l'établissement d'un hospice d'insensés. Cela est si vrai que pour tracer le plan d'un semblable édifice, il faut non-seulement parcourir une foule d'instituts divers pour trouver dans chacun ce qu'il conviendrait de réunir, mais encore avoir dirigé ses études vers cette partie de la médecine, afin de classer convenablement les malades.

C'est ce qui ressort de la lecture de l'un des deux mémoires qui vous sont parvenus en réponse à cette question et que vous nous avez chargés d'examiner, celui coté n° 5 et portant pour dévise : « *L'homme au lit de la mort, attache peu de prix à la gloire, à la réputation, aux vaines distinctions dont il a été l'objet; mais s'il a été utile à ses semblables, il espère dans la miséricorde de Dieu* » et dont nous allons essayer de vous donner une idée.

L'auteur de ce travail remarquable prévient que pour traiter convenablement la question, il ne s'est point contenté de ses propres recherches, quoiqu'il ait visité avec le plus grand soin les principaux établissemens d'aliénés de l'Europe ; il a encore interrogé les hommes qui jouissent d'une réputation méritée dans cette branche importante de la médecine, parmi lesquels il cite les noms de M. Esquirol, de M. Desportes, administrateur des hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre, de M. Boutteville, directeur de l'asile de Saint-Yon, de M. Blanche, directeur de la maison de santé de Montmartre, de M. Lélut, médecin de Bicêtre.

Dans la première partie de son mémoire, l'auteur traite de *l'exposition, de l'emplacement, de la distribution et de la direction matérielle.* Cet article perdra beaucoup à être analysé, parce qu'il renferme à chaque page, nous dirons même à chaque ligne, des vues utiles, qui décèlent un médecin instruit, ayant fait une étude particulière des maladies de l'esprit ; pour rendre convenablement cette partie du travail, il faudrait la copier en entier. Nous tâcherons cependant de ne rien omettre d'important.

Le but des établissemens d'aliénés étant d'isoler du monde des êtres que la vie sociale a privés de leur raison, ce n'est pas au milieu des villes, ni aux portes des villes, lieux qui peuvent à chaque instant leur rappeler leur malheur, qu'il voudrait placer un semblable bâtiment ; il trouve son exposition bien plus convenable dans une campagne solitaire, à peu de distance de la ville, dans un terrain sablonneux, présentant quelques accidens et entouré d'arbres, pour éviter la monotonie, pourvu d'eau et exposé au midi, à l'abri des vents.

Passant ensuite au plan de construction des bâtimens, l'auteur convient avec M. Esquirol, que le rez-de-chaussée est la seule élévation convenable dans les établissemens d'aliénés, et il en reconnaît avec lui tous les avantages ; mais comme d'après les idées de ce médecin, il faudrait un énorme déploiement de terrain, il croit que l'on pourrait concilier les intérêts de la dépense avec le bien du service, par l'élévation d'un premier étage, qui serait affecté à la division des convalescens, des monomanes tranquilles, des maniaques paisibles, des démens, des imbéciles qui ne sont pas tourmentés par des idées de destruction, des épileptiques dont les attaques sont éloignées et légères ; tandis que le rez-de-chaussée serait habité par les maniaques agités et mélancoliques, les suicides furieux, les demi-paralytiques, les gâteux, les épileptiques qui ont des attaques fréquentes. Il propose en outre de placer le logement des convalescens dans le bâtiment du directeur, afin que vivant dans la société de celui-ci et du médecin, ils puissent s'initier de nouveau aux devoirs du monde dans lequel ils vont bientôt rentrer.

D'après le plan qu'il propose, il serait facile de réduire le nombre des sections des hommes, y compris celles des épileptiques et des furieux, à neuf ; la même division serait adoptée pour les femmes, mais au lieu de construire les sections pour vingt malades, on le ferait pour trente, à cause du plus grand nombre des aliénées, ainsi qu'il résulte des tableaux statistiques dressés en France et en Belgique.

Ces points préliminaires établis, l'auteur s'occupe de l'ordre qui doit présider à la construction des bâtimens : il préfère au plan panoptique adopté pour quelques maisons pénitentiaires, la forme carrée, qui est aujourd'hui la plus généralement suivie ; en la prenant pour base de son plan, il fait observer qu'il ne faut pas perdre de vue qu'un des quatre côtés doit être percé d'une clairière qui permette à l'œil de se reposer sur des objets agréables, mais disposée de manière à ce que personne ne puisse passer devant ces grilles.

Trois divisions principales composent l'établissement : l'une *centrale* destinée à l'administration (personnel et matériel) aura un premier étage ; elle se subdivisera en trois corps de logis séparés par deux cours. Le premier, péristyle de l'édifice, servira de logement à l'aumônier, au médecin en chef, aux élèves en médecine, aux employés et au concierge. Le second corps de logis servira d'habitation au directeur, à l'économe, au pharmacien et au médecin adjoint. Cette division contiendra également la pharmacie, les officines, les magasins des étoffes, des toiles, des ustensiles. Dans les voûtes se trouveront la cuisine, les magasins de comestibles, l'étal, la panneterie, l'épicerie, etc. L'étage supérieur pourra être surmonté d'un belvédère d'où l'on

découvrira toutes les parties de l'édifice. — Dans le dernier bâtiment qui formera le parallélogramme, on réunira la chapelle, la communauté, la lingerie, la boulangerie, la buanderie, la matelasserie, l'amphithéâtre, les salles des morts, le bûcher, la charbonnerie, le réservoir et la pompe à feu.

De chaque partie latérale du second corps de logis partira un long corridor qui servira à lier les pavillons d'aliénés placés sur ses flancs. Ces pavillons seront au nombre de neuf, quatre de chaque côté. Le neuvième placé à l'extrémité de chaque aile, est destiné aux furieux. La même division aura lieu pour les deux sexes. Trois pavillons pourront être exclusivement consacrés aux malades en traitement ; les cinq autres seront pour les incurables, les épileptiques et l'infirmerie. Voici d'ailleurs dans quel ordre l'auteur propose de classer les malades :

Convalescens, dans le bâtiment de l'administration.

Monomaniaques.	1
Suicides	
Délire aigu, maniaques. . . .	2
Imbéciles, démens.	1
Idiots.	1
Infirmerie.	2
Gâteux	
Paralytiques.	
Épileptiques.	1

Un bâtiment éloigné de tous les autres, pour les *furieux*, qui sont toujours en petit nombre.

Examinant la question de savoir s'il convient que toutes les sections soient à cellules ou à dortoirs, l'auteur, s'appuyant sur ce que son expérience lui a appris à cet égard, pense qu'il faut admettre les deux systèmes séparément. Les monomaniaques, les suicides, les maniaques, les furieux, les fous agités, ne pourraient, dit-il, impunément être mis en dortoir ; il leur faut dans l'immense majorité des cas l'isolément le plus complet, soit parce que la vue de leurs compagnons d'infortune les attriste, soit parce qu'ils troublent le repos des autres. Il n'en est pas de même des convalescens, des démens, des imbéciles, des idiots, des gâteux paralytiques et autres, ainsi que des aliénés atteints de maladies incidentes, qui pourraient être placés dans les dortoirs.

Pour mieux faire comprendre le plan dont nous venons de donner une légère esquisse, l'auteur a joint à son travail une planche représentant dans tous leurs détails les diverses parties du bâtiment. Il vous suffira d'y jeter les yeux pour vous former une idée du plan de l'édifice qu'il propose, et vous vous convaincrez comme nous, de la supériorité et des avantages qu'il réunirait sur tous les établissemens de ce genre actuellement existans.

L'auteur décrit la forme et la distribution de chaque section, leur étendue, les moyens de communication à établir entre elles et le bâtiment central, et entre dans des longs développemens sur les règles hygiéniques qui doivent présider à la construction, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ; et après avoir exposé l'ensemble de la distribution et de la direction matérielle d'un hospice d'aliénés d'après le plan qui lui a paru le meilleur, il s'occupe du personnel de l'administration, complément de cette partie de son travail. Ici, comme dans tout ce qui précède, il n'omet rien : administrateurs, directeur, aumônier, surveillans, infirmiers, etc, tous sont passés en revue ; les qualités qu'ils doivent avoir, les fonctions qui entrent chacun dans leurs attributions, sont clairement tracées, et dans tout ce qu'il dit on reconnaît l'homme expérimenté, l'observateur consciencieux.

Nous arrivons maintenant au second membre de la question, la *direction hygiénique d'un hospice d'aliénés.* Ici encore, nous retrouvons la même minutie dans les détails, clarté et concision dans le style : l'auteur ne dit rien de trop, mais il dit ce qu'il faut dire et n'omet rien d'important. Il commence par ce principe d'hygiène, que les habitations doivent être larges et bien ventilées, afin de neutraliser surtout l'odeur fétide qu'exhalent les aliénés, odeur qui s'attache aux vêtemens et bien connue de tous ceux qui ont vécu avec les insensés. Il s'arrête particulièrement à la nourriture des aliénés, qui certes, n'est pas une des parties les moins intéressantes de leur hygiène ; il démontre par des faits combien une nourriture trop peu abondante leur est souvent préjudiciable, il établit les règles qui doivent être observées dans les repas et donne les tableaux du régime alimentaire des hospices de la Salpêtrière, de Bicêtre, de l'asile de Saint-Yon et de la maison royale de Charenton, qui pourraient servir de base si l'on se proposait de créer un établissement de ce genre. Il jette en même temps un coup-d'œil sur le prix de journée de la plupart des établissemens, qui donne la mesure des dépenses. Il entre ensuite dans des considérations très-étendues et d'un grand intérêt sur ce qui a rapport aux vêtemens, au travail que l'on peut imposer aux aliénés, au genre d'occupations qu'il convient à l'un et à l'autre sexe, aux règles disciplinaires, au genre de punitions qu'on peut convenablement leur infliger, etc., et il termine en renvoyant à l'excellent traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices d'aliénés, de notre compatriote M. le Dr. Guislain, imprimé à Amsterdam, en 1826.

La troisième et dernière partie du mémoire, relative à la *direction médicale*, n'est pas moins bien traitée que les deux autres. « La folie, dit l'auteur, compagne » inséparable de la civilisation, croissant avec elle, » se multipliant à mesure que les vices, les passions, » les misères, les inventions, les idées nouvelles, se » pressent dans la tête de l'homme, la folie, dis-je, » n'est point du domaine de tous. Elle veut pour être » comprise un médecin physiologiste et moraliste, dont » les connaissances médicales soient aussi étendues en » thérapeutique qu'en hygiène. Comment, en effet, » diriger le traitement moral qui joue un si grand » rôle dans cette partie de la médecine, si l'on n'a fait

» une étude approfondie des passions qui agitent et » tourmentent la vie! Mais eut-il toutes ces qualités, » le médecin ne serait pas encore en état de diriger » des aliénés, s'il n'avait vécu avec eux dans les hôpi- » taux et les établissemens qui leur sont consacrés. » Que les autorités et les administrateurs soient bien » convaincus que la réputation d'une maison ne dépend » pas seulement de ses constructions, qu'elle est encore » plus liée aux talens du médecin. Nous pourrions ci- » ter des instituts admirablement bien tenus sous tous » les rapports, qui sont déchus de la place qu'ils oc- » cupaient dans l'opinion publique, par l'inopportunité » du choix médical. »

Il suit de là que la première qualité d'un médecin d'aliénés, est, selon notre auteur, qu'il ait des connaissances spéciales étendues sur la matière, et, pour nous servir de l'expression de M. Esquirol, qu'il ait vécu au milieu des fous; aussi l'auteur voudrait-il, qu'on imposât au médecin, pour première condition de sa charge, de rester dans la maison.

L'auteur passe successivement en revue tout ce qui entre dans les attributions du médecin en chef et trace avec beaucoup de sagacité les règles générales du service médical. Le mémoire est terminé par deux notes, placées là sans doute à titre de renseignemens, l'une sur l'asile de Saint-Yon, à Rouen, dans laquelle figurent le nombre de malades que contenait cet établissement en 1833, les dépenses des pensionnaires, le personnel de l'administration, etc., et l'autre sur la maison royale de Charenton, qui donne l'appréciation des revenus et des dépenses de cette maison.

Telle est, Messieurs, l'analyse succincte de ce travail; toute imparfaite qu'elle est, elle a dû vous prouver que ce mémoire est l'œuvre d'un homme profondément versé dans l'étude des maladies mentales et qui ne s'est pas contenté de visiter par lui-même les établissemens d'aliénés qui existent en France, mais encore ceux d'Italie, d'Allemagne, d'Angleterre, etc., où il a recueilli tout ce qui lui a paru bon à être mis en pratique.

Nous ne pouvons mieux faire l'éloge du mémoire qu'en vous déclarant qu'il serait difficile de faire mieux et que l'auteur ne s'est en aucun point écarté de la question. Nous pensons qu'on ne pouvait donner une solution plus satisfaisante de la question proposée, et nous émettons le vœu de voir s'élever en Belgique un hospice d'aliénés sur le plan qui y est tracé : ce serait combler une lacune sentie depuis longtemps par les amis de la science et de l'humanité et dont on ne tarderait pas d'apprécier les avantages par les heureux résultats qu'on en obtiendrait. Combien d'individus, par exemple, qu'on envoie chaque année dans la colonie des fous à Gheel, et qui sont perdus pour la société, ne seraient pas rendus à leurs familles et à leurs amis, s'ils étaient traités et dirigés convenablement dans un hospice sagement administré! Quoiqu'il arrive, la Société des sciences médicales et naturelles pourra revendiquer l'honneur d'avoir la première appelé l'attention sur un objet de si haute importance et d'une utilité publique bien reconnue, et tôt ou tard on lui rendra la justice de dire qu'elle a fait ce qui était en son pouvoir pour satisfaire à ce besoin.

Pour accomplir notre tâche, nous devons vous dire un mot d'un autre travail qui vous est parvenu en réponse à la même question, quelques jours après l'époque fixée pour la rentrée des mémoires. Ce mémoire porte pour épigraphe : « *Venez à moi vous tous qui êtes souffrans et chargés de maux et je vous soulagerai.* — S. Math. 25. » De 10 pages d'étendue seulement, il est écrit d'une manière très-laconique. L'auteur, dans son introduction, avertit qu'il ne prétend pas à la récompense honorifique que la société décernera à la meilleure solution de la question proposée, question dont il sent toute l'étendue et les difficultés, mais que son but est d'apporter quelques notions dont on pourra peut-être tirer des renseignemens utiles. Il convient qu'on a peu fait en Belgique pour améliorer le sort des aliénés, il pense cependant que le climat du pays, par l'air pur et tempéré qu'on y respire, est très-favorable au traitement des affections mentales.

L'auteur traite très-superficiellement ce qui a rapport à l'exposition et à l'emplacement d'un hospice d'aliénés, qu'il propose de construire dans un lieu élevé et à l'écart, entouré de quelques parties de terre qui pourraient être exploitées par les convalescens et les aliénés paisibles. Il en est de même de la distribution et de la direction matérielle : il conseille d'adopter l'usage introduit par Pinel et suivi par tous les médecins, de classer les aliénés dans des divisions particulières. Il entre dans quelques détails sur la distribution intérieure des sections, et cherche à démontrer la nécessité d'attacher à l'établissement une administration sage et éclairée. Pour ce qui est de la direction médicale, il entre dans des considérations où il fait ressortir les qualités que doit réunir le médecin attaché à un pareil hospice; il donne quelques détails sur les moyens disciplinaires, les occupations et les récréations des aliénés, et dit fort peu de chose des règles hygiéniques qu'il faut observer, tant dans la construction des bâtimens que dans le service intérieur. En somme, ce mémoire ne contient rien qui soit digne de fixer votre attention, et loin de donner des éclaircissemens utiles, comme l'auteur l'espérait, il n'a pas même effleuré la question. Il ne peut donc entrer en parallèle avec le mémoire coté n° 5 dont nous vous avons d'abord entretenu, et fut-il d'ailleurs aussi savamment écrit, vous devriez encore l'écarter du concours, par la raison qu'il vous est parvenu après le terme fatal.

Nous reconnaissons donc que le mémoire n° 5 a seul des droits à vos suffrages; il est l'œuvre d'un médecin doué de beaucoup de talent et chez qui l'expérience a ajouté au savoir; en lui décernant la récompense promise, la Société ne sera que juste envers un travail qui ne peut manquer d'être d'une grande utilité pour la science, et en particulier pour notre pays. Nous regretterions que cette récompense ne réponde pas au mérite du mémoire et aux sacrifices de temps que l'auteur a dû s'imposer dans ses recherches, si nous ne savions que dans les luttes scientifiques, on ambitionne moins

les bénéfices d'un prix que l'honneur d'une couronne.

Nous vous proposons, Messieurs, de décerner à l'auteur du mémoire n° 5 une médaille d'honneur, d'une valeur qu'il vous plaira de déterminer. Nous concluons en outre à l'impression du mémoire dans le recueil des actes de la société et à l'admission de l'auteur au nombre des membres correspondans.

Bruxelles, le 12 Août 1835.

J. R. Marinus D. M., rapporteur.
P. N. Naeghels D. M.
Deneubourg M. D., Commissaires.

LITTÉRATURE MÉDICALE.

—

De la structure et des maladies de la conjonctive, avec des considérations particulières sur l'ophthalmie contagieuse, par Burkard EBLE, docteur en médecine et en chirurgie, médecin de régiment au service d'Autriche, bibliothécaire de l'Académie Joseph, etc.; traduit de l'allemand, avec des notes, par Ed. De Losen de Seltenhoff, docteur en médecine. — Publié par ordre du ministre de la guerre. — Bruxelles, 1836, imprimerie de Demanet, rue de Laeken. — Prix 5 francs.

Depuis que nous avons le triste privilége d'étudier la maladie oculaire qui, en dépit des mesures sanitaires et hygiéniques prescrites par le gouvernement, continue d'exercer ses ravages dans l'armée belge, c'est toujours avec un nouvel intérêt que nous accueillons les travaux qui ont cette spécialité de la science pour objet. Aussi l'ouvrage du docteur Eble, fort estimé en Allemagne, traduit en français par un de nos compatriotes, est-il pour nous une bonne fortune, tant à cause de l'actualité de la question et du désir d'acquérir de nouvelles lumières, que par la rareté de publications indigènes, qui n'apparaissent que de loin en loin dans la littérature médicale de notre pays.

Nous commencerons par féliciter M. De Losen de s'être chargé d'un travail aussi ingrat et aussi aride que celui d'une traduction, travail qui lui fait d'autant plus d'honneur, qu'il a été, à ce qu'il paraît, entrepris dans la seule intention d'être utile au pays.

L'ignorance où nous sommes de la langue allemande, ne nous permet pas de nous prononcer sur le mérite de la traduction; mais sans vouloir la déprécier, nous ne pouvons nous empêcher de dire que dans tout le cours de l'ouvrage on remarque des contradictions sans nombre; et, malgré les notes qu'y a ajoutées le traducteur, on a de la peine à concilier les opinions de l'auteur. M. De Losen a fait ressortir quelques-unes de ces contradictions; il tâche même quelquefois de donner des éclaircissemens sur des idées qui lui ont paru obscures ou trop brièvement développées, mais il n'a pu remplir qu'imparfaitement cette tâche, parce que, partant d'une opinion préconçue, il s'est particulièrement attaché à signaler les passages qui prêtaient à réfuter la contagion comme cause de l'ophthalmie de l'armée et pouvaient faire croire que M. Eble ne rejettait pas complétement la compression du cou. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet, occupons-nous pour le moment du fond de l'ouvrage.

M. Eble a divisé son livre en deux parties. La première, qu'il intitule : *Partie anatomico-physiologique* a rapport à des considérations anatomiques et physiologiques sur la membrane conjonctive, qu'il divise en conjonctive *palpébrale* et *oculaire*. 60 pages sont consacrées à des descriptions et à des détails minutieux sur la disposition, la structure et les fonctions de cette membrane, qu'on lira, nous en sommes sûrs, avec un véritable intérêt. L'auteur a traité cette partie avec ce soin que les Allemands, en général, ont coutume de mettre dans leurs descriptions, et nous ne craignons pas d'avancer qu'elle est la plus intéressante de l'ouvrage. On y trouve des détails de fine anatomie qu'on chercherait vainement ailleurs, mais qui en définitive, ne peuvent servir qu'à compliquer l'étude de la structure de la conjonctive. L'étendue de cette partie et la manière avec laquelle elle est traitée, ne nous permet pas d'en donner l'analyse.

La seconde partie traite de la *pathologie de la conjonctive*. L'auteur examine d'abord 1° la disposition de cette membrane chez les individus sains d'ailleurs; 2° dans l'ophthalmie catarrhale; 3° dans l'ophthalmie scrophuleuse; 4° dans les blennorrhées de l'œil; 5° dans l'ophthalmie contagieuse; 6° chez les personnes qui ont été affectées une ou plusieurs fois de cette ophthalmie; 7° dans les exanthèmes cutanés; 8° dans l'inflammation du globe oculaire en général.

M. Eble s'étend ensuite longuement sur un état pathologique de la conjonctive qui se remarque dans les inflammations de cette membrane, état que l'on a appelé *granulation* et sur lequel les médecins allemands paraissent avoir fixé les premiers l'attention. Bien qu'il en a déjà parlé dans le cours de l'ouvrage, l'auteur a cru utile de lui consacrer un examen particulier. «J'entends, dit-il, par le mot granulation *cette altération ou dégénération particulière du corps papillaire de la conjonctive palpébrale, en vertu de laquelle les papilles isolées de ce corps, non-seulement augmentent de volume au point de perdre la forme de grains visibles à l'œil nu, mais s'altèrent encore tant dans leur vitalité que dans leur tissu propre, et restent plus ou moins opiniâtrement dans cet état, ne faisant que croître et diminuer tour à tour* (p. 121).»

Quoique la granulation se remarque presque toujours dans l'ophthalmie contagieuse, ce n'est point, suivant l'auteur, un symptôme qui appartienne exclusivement à cette espèce d'ophthalmie, et qui seul, puisse suffire pour caractériser cette dernière.

Plus loin l'auteur examine la question importante de la *contagiosité* de l'ophthalmie, point capital qui divise

encore les médecins belges, mais qui n'est plus un problème pour le plus grand nombre, quoiqu'en disent M. Vieminckx, et ceux qui avec lui, soutiennent que la cause de cette redoutable maladie réside dans la compression du cou par l'uniforme du soldat.

M. Eble appartient à un parti des *contagionistes*, car quoiqu'il se dise «véritablement embarrassé de porter un jugement satisfaisant sur la contagiosité» cet aveu est en contradiction manifeste avec le nom *d'ophthalmie contagieuse*, que nous rencontrons presque à chaque page de l'ouvrage, et avec de nombreux passages que les commentateurs *compressionistes* de notre pays ont cru devoir réfuter par des notes, qui souvent sentent par trop l'opiniâtreté d'une opinion préconçue. Quelques citations démontreront mieux l'exactitude de ce que nous avançons.

A la page 100, paragraphe 8, nous lisons «Il est impossible de guérir l'ophthalmie *contagieuse* par les sudorifiques et les révulsifs. *Il faudrait n'avoir jamais vu d'ophthalmie contagieuse pour soutenir le contraire.*»

Dans le paragraphe suivant, M. Eble voulant distinguer l'ophthalmie contagieuse de l'ophthalmie catarrhale, dit que l'*observation a démontré que la première était* CONTAGIEUSE JUSQUES DANS SON MOINDRE DEGRÉ, *quoiqu'il y ait des cas où nous ignorons entièrement la manière dont a lieu le transport de la matière contagieuse.*

Voilà donc une opinion clairement exprimée; et peu nous importe qu'on veuille l'interpréter d'une manière favorable à l'opinion contraire en disant que l'*ophthalmie catarrhale portée au degré où s'opère une sécrétion de mucosités âcres, puriformes, purulentes, est indubitablement contagieuse, et que l'ophthalmie dite* contagieuse, *l'est aux mêmes conditions.*

M. Eble ne doute pas de la contagion relative de la maladie. La seule question douteuse pour lui, est si l'on doit admettre ou repousser la contagiosité partout où se montre la granulation de la conjonctive.

A la page 140, 2e alinéa, l'auteur dit : «Lorsque d'un côté, me rappelant cette époque où je traitais dans la même salle une foule de conjonctives granulées, confondues avec d'autres maladies d'yeux, sans songer à une contagion possible, je pense que tant d'ophthalmistes, bien placés dans les circonstances les plus favorables à cette contagion, ont été préservés, *et que, de l'autre, je considère la rapide propagation de ce mal pernicieux par voie de contagion*, etc.» Le traducteur lui adresse la question naïve : «Et les faits à l'appui de cette prétendue propagation *par voie de contagion*, où sont-ils?»

Mais les faits ne manquent pas dans la science ophthalmologique; ils sont nombreux et vous en rencontrerez dans les écrits qui ont été publiés en Allemagne, en Angleterre, en Belgique, etc., sur l'ophthalmie contagieuse. L'auteur a sans doute cru inutile de les accumuler, son but principal n'étant pas de s'occuper de l'étiologie de l'ophthalmie.

Encore une citation : «Quel contraste frappant n'observe-t-on pas, dit M. Eble (p. 148), entre l'opinion récente des médecins belges sur ce point et celle des médecins militaires prussiens et autres. *Est-il permis de croire* que cette maladie TOUTE SPÉCIFIQUE *résulte d'un col vicieux ou compresseur, ou bien d'une contagion* SUI GENERIS, *et qu'après tant de discussions, on puisse encore disputer*? Le traducteur ajoute dans une note, d'un ton pathétique, et comme pour lui faire un reproche de cette hérésie médicale : «Toutefois nous ne terminerons pas sans avouer que M. Eble *a complétement trompé notre attente.* Nous avions mieux auguré de la conclusion importante qu'il a tirée des deux exemples de compression du cou précités (voyez § 17, p. 17).» Or, ces deux exemples sont deux militaires qui moururent par strangulation, et sur lesquels l'auteur remarqua à l'autopsie la conjonctive fortement injectée et présentant un nombre considérable de papilles, et la conclusion est que «*dans tous les cas où un obstacle quelconque au reflux du sang du cerveau ou mieux encore de l'œil, donne lieu à des congestions dans ce dernier organe, la structure papilleuse de la conjonctive tombe plus manifestement sous la vue.*

Peut-on de bonne foi, tirer de ces faits et de la conclusion de l'auteur, des rapprochemens favorables à la compression du cou par l'uniforme militaire, considérée comme cause de l'ophthalmie? Non, mille fois non; et en supposant même que nos soldats soient soumis à la compression (ce que nous sommes loin de reconnaître), il y a loin des effets de la compression produite par la strangulation qui détermine la mort et la compression qui aurait lieu par un col dur et trop serré et la coupe vicieuse de l'habit. Une telle contradiction saute aux yeux de l'homme le moins instruit. M. Eble sera probablement édifié de voir ainsi ses idées commentées et détournées de leur véritable signification.

Comparez encore la note page 144 avec celle page 146, et vous jugerez de la force des argumens qu'on oppose aux contagionistes. Dans la première, le traducteur cite comme autorité, un passage du mémoire du professeur Jungken, publié à Berlin, à son retour de Belgique, en 1834. On y lit entre autres : «De telles blennorrhées (contagieuses) ne sont pas rares chez nous dans les basses classes de la société, et presque toujours j'ai vu la maladie, une fois qu'elle a fait son éruption dans une famille, se propager rapidement sur plusieurs ou même sur tous ses membres; surtout si un grand nombre d'individus se trouvent entassés dans un espace étroit.» Dans la seconde note (p. 146), le traducteur dit : «En résumé, l'ophthalmie, dite contagieuse, règne à peine dans le civil.»

Comment concilier de pareilles contradictions? Nous pourrions en citer plusieurs autres du même genre; mais, nous l'avouons, la patience nous manque et nous abandonnons volontiers sur ce point le rôle de critique. Nous avons décliné notre compétence, pour juger du mérite de la traduction. L'obscurité de plusieurs passages que le traducteur rejette sur l'original en disant qu'il s'est cru obligé de traduire littéralement, nous a fait naître le désir de savoir si effectivement ces imperfections existaient dans l'original, et nous avons

prié un de nos confrères qui est au courant de la littérature médicale allemande, de faire cet examen et de nous expliquer sur le texte allemand les passages que nous ne comprenions pas. Ce confrère nous a assuré que l'obscurité qu'on reprochait à M. Eble était souvent augmentée par l'obscurité de la traduction elle-même, qui fait quelquefois dire à l'auteur tout l'opposé de ce qu'il a écrit. Nous ne citerons qu'un exemple : nous lisons page 95 : « Chez les individus atteints une ou plusieurs fois de cette affection oculaire, la conjonctive s'écarte d'une façon qui lui est propre des symptômes caractéristiques qu'elle a offerts jusques là. Il n'est pas seulement question alors du degré auquel s'était élevé antérieurement l'inflammation : il s'agit aussi de celui qu'elle présente actuellement dans le cas de récidive. »

En comparant ce passage tout à fait inintelligible, avec l'original allemand, nous, dit notre confrère, je n'ai nullement été embarrassé de comprendre ce que l'auteur voulait dire, et vous le comprendrez avec la même facilité d'après la traduction qui suit : « La conjonctive présente encore quelques variétés dans les altérations que nous venons d'énumérer, chez des individus qui ont déjà préalablement été une ou plusieurs fois atteints de cette espèce d'ophthalmie. Le degré de ces altérations dépend non-seulement de l'obscurité de l'attaque primitive, mais encore de l'intensité de la récidive. »

Mais revenons à notre sujet. La partie étiologique est certainement la partie la plus faible de l'ouvrage de M. Eble; l'auteur ne l'a pas traitée avec le soin qu'il a mis dans les autres parties de son travail, et on voit qu'il n'attache ici qu'une importance secondaire aux causes de l'ophthalmie, son but étant principalement d'établir, à l'aide des recherches anatomiques et physiologiques, le diagnostic différentiel des diverses espèces de cette maladie et les bases de leur traitement. Cette opinion acquiert plus de probabilité par la publication récente d'un nouveau mémoire de M. Eble, imprimé à Vienne, dans lequel ce savant médecin examine les opinions émises par le professeur Jungken sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge, et se prononce pour la contagion ; mémoire qui doit être bien connu de M. Vleminckx, puisque l'auteur nous apprend qu'il a été présenté dans le temps à S. M. le Roi des Belges et que la commission des recherches sur l'ophthalmie lui a donné son approbation.

La seconde partie de l'ouvrage que nous analysons est terminée par la thérapeutique de l'ophthalmie. L'auteur traite en détail des diverses méthodes de traitement et fait connaître le résultat de son expérience. Il précise les cas qui réclament 1° la phlébotomie ; 2° les saignées locales; 3° les scarifications et l'excision de la conjonctive palpébrale gonflée et granulée ; 4° l'application du froid ; 5° l'évacuation de l'humeur aqueuse par l'ouverture de la chambre antérieure ; 6° les collyres divers; 7° les onguens et mucilages ; 8° les caustiques. Tous ces articles sont d'une grande importance pour la pratique et méritent d'être médités, surtout par les médecins militaires. Sous ce rapport, nous concevons l'utilité de l'ouvrage pour l'armée.

Trois planches coloriées, représentant la structure de la membrane conjonctive et ses divers états morbide et normal, viennent ajouter à l'intérêt répandu dans cette monographie.

Nous ne voyons pas figurer dans cette traduction un appendix d'à peu près 50 pages, contenant des observations historiques sur la marche et les particularités de l'ophthalmie contagieuse dans la garnison de Vienne depuis 1817 jusqu'à 1827, qui existe dans l'original, et que le traducteur n'aura probablement pas jugé assez intéressant pour le reproduire. Mais en revanche M. Vleminckx, sous les auspices duquel cette publication a été placée, l'a enrichie d'un article de 24 pages, qui lui sert d'introduction, et dans lequel après avoir fait ressortir l'importance de l'étude de l'ophthalmologie et rappelé les progrès qu'elle a fait et fait encore chaque jour en Allemagne et en Angleterre, tandis qu'en France comme chez nous on s'en est jusqu'ici peu occupé, il cherche à combattre l'opinion des médecins qui croient à la contagiosité de l'ophthalmie de l'armée. Les argumens qu'il leur oppose méritent de notre part un mot de réponse.

M. Vleminckx commence par manifester une sorte de regret de ce que M. Eble ne s'est pas appesanti davantage sur l'étiologie de la maladie, et qu'il n'a pas cherché à mettre cette dernière en rapport avec l'altération du corps papillaire des conjonctives palpébrales, premier siége du mal, ainsi qu'il l'a si bien démontré.

Nous répondrons à M. Vleminckx qu'il eut été très-facile de combler cette lacune en ajoutant à la traduction celle du mémoire que vient de publier M. Eble et dont on trouvera ci-après l'analyse, mémoire dont M. Vleminckx devait avoir connaissance, puisqu'il était depuis longtemps en la possession du gouvernement.

M. Vleminckx nous fait l'honneur de consacrer plusieurs pages à la réfutation d'une assertion émise par nous, en 1834, lorsque rendant compte du mémoire allemand de M. Jungken et faisant connaître en quoi il différait de la traduction qui avait été précédemment publiée à Bruxelles, nous ajoutâmes : « M. Jungken, contagioniste, par principe, n'a fait, lors de son voyage en Belgique, de concession en faveur de systèmes contraires, qu'afin de ne blesser personne parmi les notabilités médicales qui composaient la commission des recherches sur l'ophthalmie (*Bulletin médical Belge*, tome 1er, page 180). » Cette assertion nous l'avons imprimée parce que nous avions la conviction qu'elle était fondée, et cette conviction nous l'avons puisée dans la lecture du mémoire français de M. Jungken ; elle sera partagée par tous ceux qui liront sans prévention le travail du professeur allemand.

M. Vleminckx prétend lui, que loin que M. Jungken ait dit dans son mémoire allemand, imprimé à Berlin, un mot de plus pour appuyer le système de la contagion, il a plutôt accumulé les argumens en faveur de l'opinion qu'il avait entendu développer en Belgique (la compression, sans doute). « L'explication qu'il a donnée,

dit-il, du mode de contagion de la maladie dans les prolégomènes du mémoire allemand, est exactement la même que celle consignée dans le mémoire français. Il n'est pas possible, quoiqu'on fasse, d'en tirer une autre conclusion que celle ci :

« L'ophtalmie est contagieuse, elle se transmet d'individu à individu par le transport de la matière sécrétée par des yeux malades sur des yeux sains, et sous L'INFLUENCE DE CIRCONSTANCES FAVORABLES ET DE CERTAINES CONDITIONS, elle PEUT devenir miasmatique et s'étendre en infectant l'atmosphère. »

Nous aussi, s'écrie M. Vleminckx, *nous admettons cette proposition*, mais nous n'y voyons rien qui puisse nous empêcher de reconnaître avec M. Jungken que cette maladie doit sa source à des causes physiques qui doivent nécessairement être recherchées parmi les *choses* dites *non naturelles.* »

Nous avouons que nous ne nous attendions pas à un semblable aveu de la part de M. Vleminckx, lui qui depuis si longtemps soutient avec opiniâtreté le système de la compression. Nous ne désespérons pas qu'à la fin il ne déserte le camp des compressionistes pour se ranger sous la bannière des contagionistes.

M. Vleminckx en appuyant particulièrement sur ces mots : *sous l'influence de circonstances favorables et de certaines conditions*, etc., qu'il fait ressortir en lettres capitales, cherche à prouver que la contagion n'est qu'un fait postérieur au développement de la maladie, et que celle-ci n'est due à aucun principe spécifique qui aurait été importé d'Égypte ou d'ailleurs.

Les argumens que M. Vleminckx apporte à l'appui de cette opinion n'ont pu changer notre manière de voir; il aura beau rassembler tous les passages du mémoire de M. Jungken qui lui semblent favorables au système de la compression, nous dirons que de notre côté nous en pourrions faire autant et que sous ce rapport nous aurions de grands avantages, car, comme nous l'avons déjà dit dans un autre endroit de ce journal, tout lecteur impartial qui méditera l'opuscule du médecin allemand, reconnaîtra que l'idée dominante et fondamentale de ce travail est la contagion.

Au surplus, M. Jungken ne fait pas, à lui seul, autorité sur la matière. L'expérience seule doit être juge dans la question; les faits, rien que les faits peuvent décider ce point litigieux. Or, les faits qui établissent la contagion de l'ophthalmie qui règne dans l'armée ne manquent point, et nous en avons cité ailleurs un assez grand nombre pour ne plus laisser le moindre doute à cet égard (voyez le mémoire que nous avons publié dans ce journal, tome Ier, page 45).

Nous terminerons cette analyse, déjà trop longue, en faisant remarquer qu'il est impossible de raisonner avec des hommes qui, une fois nient la possibilité de la contagion, et qui, l'autre fois, en admettent une qui se développe au plus haut degré de l'inflammation.

Peu nous importe que cette contagion tire sa source de circonstances qui en favorisent le développement, ou de toute autre cause, ou qu'elle provienne d'un *virus importé d'Egypte* Passez, si vous le voulez, condamnation sur ce dernier, la contagiosité existe, les faits ne le prouvent que trop. Une épidémie ne peut-elle pas devenir contagieuse sans que pour cela nous ayions besoin chaque fois, pour nous expliquer ce phénomène, d'admettre un virus importé ? La dysenterie n'est d'abord qu'une maladie engendrée par certaines conditions atmosphériques ; mais s'il y a concours de circonstances favorables, elle gagne en développement et devient évidemment contagieuse. Et la peste elle-même, qui débute souvent sous la forme épidémique, en est-elle pour cela moins contagieuse quand elle a acquis un certain degré de développement? Et le *virus* auquel cette maladie donne naissance, et qui, chez d'autres individus prédisposés engendre la même affection, n'est-il pas *spécifique*, dans ce sens qu'il ne produira que la peste? En supposant aujourd'hui toute l'armée débarrassée entièrement de l'ophthalmie, au point que plus un seul individu n'en soit affecté, ne pourra-t-elle pas à une époque plus ou moins éloignée surgir de nouveau dans ses rangs, si les mêmes circonstances qui ont favorisé et entretenu la contagion viennent à se représenter? Nous sommes portés à le croire. Peut-être ne faudrait-il pour cela que l'apparition d'une épidémie d'ophthalmie catarrhale sous l'influence de circonstances qui favorisent sa transition en ophthalmo-blennorrhée; et vous auriez alors l'ophthalmie égyptienne toute formée avec son virus spécifique. Cette opinion est à peu près celle émise il n'y a pas longtems par les rédacteurs de la *Gazette médicale de Paris* (décembre 1834) et dont voici la conclusion : « Oui, nous pensons, dit l'auteur de l'article, qu'il existe, en Belgique une constitution épidémique, ce génie inconnu, qui ne se révèle que par ses effets, qui nous a apporté à Paris la grippe et le choléra, et qui seul peut rendre compte de toutes ces vastes maladies qui attaquent un peuple au lieu d'un homme. Examinez l'ophthalmie belge avec les lumières si chèrement achetées par l'étude du choléra asiatique, vous y trouverez une origine fixe quant à l'invasion, obscure quant aux causes; une marche inconstante et comme aveugle, ravageant ce coin de pays, épargnant le voisin, des rémissions que rien ne saurait expliquer, des recrudescences qui surprennent de même; tous les efforts vains quand l'épidémie sévit fortement, tous les efforts couronnés de succès quand elle se relâche d'elle-même. »

Avant de finir nous devons, afin que l'on ne donne pas à nos paroles une fausse interprétation, déclarer que nous ne sommes pas personnellement intéressé dans la question ; il est vrai que nous soutenons depuis plusieurs années le système de la contagion, parce que telle est notre conviction intime, mais nous ne répugnerions pas à abandonner cette opinion si on pouvait nous démontrer qu'elle est erronée. Jusque-là nous nous croyons obligé de la défendre, parce que les faits ne prouvent que trop malheureusement en sa faveur.

Dr M.....

—

Ueber die in der belgischen armee herrschende augenkrankheit. — Als commentar zie profess. Doct. J. C. Jungken's schrift ueber denselben gegenstand. Von Doct. B. Eble. — Wien; 1836. pp. 50.

Sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge. Commentaire du mémoire de M. Jungken sur le même sujet; par le doct. B. Eble. Vienne, 1836.

M. Eble pense avoir trouvé dans le mémoire de M. Jungken plusieurs assertions qui sont en contradiction avec ses propres expériences et avec les faits qui se sont passés parmi les troupes autrichiennes. Dans ce nouveau travail, M. Eble présente une sorte de *commentaire*, qui doit servir à faire connaître la divergence d'opinions entre lui et M. Jungken et, (si le proverbe est vrai que du choc des opinions jaillit la vérité) de répandre un nouveau jour sur cette matière. Ce qui est d'abord nouveau pour nous, c'est d'apprendre, par la préface du mémoire, que les officiers de santé, chargés d'examiner les opinions émises par M. Eble les ont reconnues justes, et que c'est sur leur rapport que l'auteur a reçu de S. M. le Roi des Belges une précieuse bague en diamans comme témoignage de satisfaction. Nous avouons que nous ne savons plus à quoi nous en tenir sur le jugement de la commission instituée pour faire des recherches sur les moyens propres à combattre l'ophthalmie militaire. Tantôt cette commission semble se trouver entièrement d'accord avec M. Jungken, et tantôt avec M. Eble. La traduction du premier ouvrage de M. Eble sur l'ophthalmie est parsemée d'une foule d'annotations critiques qui tendent à réfuter les assertions de l'auteur, au point qu'en comparant le texte et les notes, nous n'avons pu trop comprendre par quelle partie de l'ouvrage, dont on mine partout les principes, on s'est senti engagé à le rendre accessible aux médecins belges. Aujourd'hui M. Eble nous assure lui-même, que toutes ses opinions, dont il a soin de faire ressortir la divergence avec celles de M. Jungken, ont été reconnues justes par la commission. Nous nous trompons fort, ou il y a de la cajolerie scientifique dans le fond de cette affaire!

M. Eble nous apprend en outre dans sa préface (p. IV) que la diminution de l'ophthalmie est surtout due, d'après un rapport qu'on lui aurait envoyé, à l'introduction des mesures *proposées par lui;* et que c'est sur les ordres de S. M. que la traduction de son mémoire se prépare, afin d'être distribué parmi les médecins de l'armée.

La première section du mémoire traite *de la nature de l'ophthalmie militaire.* M. Eble combat d'abord l'opinion de M. Jungken, qui regarde l'ophthalmie contagieuse comme une affection essentiellement blennorrhoïque, et les phénomènes inflammatoires, qui l'accompagnent, simplement comme des symptômes accessoires et concomitans. D'après M. Eble, M. Jungken aurait commis la faute d'avoir attaché trop d'importance aux conséquences qui peuvent résulter de cette ophthalmie et de les avoir élevées avec tact au rang de l'affection primitive. Les granulations et les développemens morbides du corps papillaire de la conjonctive ne peuvent jamais avoir lieu sans *inflammation.* Or, c'est toujours l'inflammation; l'inflammation différente en degré comme en espèce, et ce n'est pas un genre de maladie différent de l'inflammation qui constitue l'ophthalmie militaire.

Mais cette inflammation est-elle une inflammation *sui generis*, spécifique ou n'est-ce qu'une modification de l'ophthalmie catarrhale? L'expérience de l'auteur décide en faveur de la dernière opinion, et voici en résumé les raisons sur lesquelles il l'appuie :

1. Il est certain que des soldats, atteints d'abord d'une simple ophthalmie catarrhale, dès qu'ils sont mis en rapport avec des individus atteints de l'ophthalmie contagieuse, en demeurant, par exemple, avec eux dans la même salle, *ne tardent pas à présenter aussi tous les caractères de l'ophthalmie contagieuse.*

2. L'ophthalmo-blennorrhée militaire, à un haut degré, ne diffère par aucun symptôme *essentiel* de l'ophthalmo-blennorrhée catarrhale.

3. L'une et l'autre, l'ophthalmie contagieuse et l'ophthalmie catarrhale, ont leur *siége* dans la conjonctive.

4. Les granulations se trouvent dans l'une et l'autre de ces formes. Elles ne sont nullement un signe pathognomique qui distingue l'ophthalmie contagieuse de l'ophthalmie catarrhale.

5. Aucune espèce de conjonctivite n'est *absolument contagieuse* et *toutes* les espèces de conjonctivite peuvent le devenir sous certaines circonstances. M. Eble, loin de nier la contagiosité de l'ophthalmie militaire *par contact*, ne se rappelle pas avoir vu un seul cas où ce mode d'infection aurait eu lieu indubitablement. L'infection *in distans* est bien selon lui celle qui est la plus fréquente; son expérience lui a appris qu'il y avait toujours plusieurs individus atteints à la fois et que ces attaques simultanées ont ordinairement été précédées de quelque grand changement atmosphérique, d'orages, d'ouragans, d'une chaleur excessive, etc. Or, c'est sur l'infection miasmatique qu'il est nécessaire de diriger son attention, s'il s'agit d'arrêter les progrès et la propagation de l'épidémie, lorsque celle-ci a fait son apparition.

Comment cette ophthalmie peut-elle atteindre un corps, un régiment, etc., dans un endroit où on ne trouve point de traces de la même maladie dans le civil? A cette question, M. Eble répond par sa conviction intime que cela n'a jamais lieu par importation de la contagion, mais que l'épidémie se développe ou par suite d'un concours de causes de localité et de service, ou par une condition inconnue de l'atmosphère. M. Eble cite à cet égard un exemple très-intéressant, qui a rapport à la localité de *Klagenfurth :* l'ophthalmie y régna en 1823, parmi un régiment d'infanterie. *Dix ans plus tard* (1833-1834), deux autres corps de l'armée furent atteints de la même épidémie pendant leur séjour dans cette ville, sans qu'il fut possible de trouver les moin-

dres rapports de transmission de la contagion entre la première et la seconde épidémie. Ces deux épidémies ont été des phénomènes entièrement isolés. Il est à noter que les ophthalmies catarrhales sont très-fréquentes dans le civil à Klagenfurth.

Toute la différence qui existe entre l'ophthalmie catarrhale et l'ophthalmie contagieuse semble consister en ce que cette dernière affecte le corps papillaire de la conjonctive avec plus de rapidité et d'intensité et que par là elle est plus apte à devenir rebelle et à se propager à d'autres individus. En cela M. Eble compare les rapports qu'il y a entre l'ophthalmie contagieuse et l'ophthalmie catarrhale à ceux qui existent entre la grippe et le catarrhe ordinaire, ou entre la dysentérie épidémique et sporadique, etc., etc. Mais cette différence n'est nullement *essentielle*.

Le second chapitre traite des *causes* de l'ophthalmie contagieuse. En parlant des *causes prédisposantes externes*, M. Eble s'étonne d'avoir rencontré des singulières contradictions dans l'ouvrage de M. Jungken. Le passage qui contient ce reproche, nous paraît être assez curieux, surtout si on le compare avec d'autres faits de l'histoire littéraire concernant cette calamité, pour que nous le reproduisions littéralement (p. 18, §99). En lisant avec attention les 14 numéros sous lesquels M. Jungken énumère les causes prédisposantes externes, et en les comparant avec l'assertion qui précède, savoir : « *que l'organisation, la tenue et l'entretien du soldat soient excellens, que les hôpitaux militaires se trouvent dans le meilleur état, et que le service sanitaire soit confié à des hommes très-distingués* (1), une idée se présente tout naturellement : ou M. Jungken entend fort peu de chose au service de santé militaire, ou il a voulu faire un compliment à l'administration militaire belge, pour lui faire avaler plus facilement le morceau amer qu'il alla lui présenter. » Et plus loin l'auteur continue : « En effet, si telles sont les circonstances, qui règnent dans l'armée belge, qui s'étonnera qu'on ne peut pas en finir de ce fléau ? Moi du moins, je n'en suis nullement surpris et d'après mon avis, la commission nommée pour aviser à l'extermination de la maladie, *au lieu de s'occuper sans cesse de la compression*, aurait mieux fait de faire cesser des abus crians dans l'armée. En effet je ne puis concevoir, comment à présent encore après une expérience de 30 ans, on peut faire dériver la maladie de la forme russe du col. Sans vouloir défendre ce col, je ne saurais jamais me convaincre que l'ophthalmie soit la suite *de l'étroitesse des cravates et des collets, de la compression du front par les schakos, par l'uniforme, de la coupe trop courte des cheveux, des excès dans les boissons alcooliques*, quand même elles exerceraient toutes réunies et en même temps leur influence nuisible sur l'économie. » Et alors l'auteur continue de démontrer que toutes ces causes, la compression du col et du schako, la coupe des cheveux, l'abus des boissons alcooliques, etc., existent peut-être *plus* parmi les troupes autrichiennes que dans toute autre armée, et que néanmoins l'ophthalmie n'a jamais régné que parmi un seul régiment et trois bataillons séparés, à Klagenfurth et à Vienne.

« Mais en ce qui concerne la surveillance militaire et médicale de nos soldats, dit l'auteur (p. 20), il est aussi bien à noter que nos casernes sont tenues avec une propreté exemplaire, que les médecins ne font non-seulement la visite journellement dans les casernes, mais qu'ils y demeurent presque tous au milieu des soldats. Chaque régiment ou bataillon a dans sa caserne une salle de garde particulière pour l'inspection médicale, où se trouve nuit et jour un officier de santé de service, afin de pouvoir donner des secours à chaque moment à ceux qui tombent instantanément malades. On tient sévèrement à ce qu'aucun fiévreux ou ophthalmiste ne se trouve plus de 48 heures dans la caserne en traitement, etc. Voilà des mesures de la plus haute importance pour le bien être du soldat et dont la réalisation pourra procurer à l'armée belge des avantages *qu'elle attendra en vain des cols échancrés en forme de* V. »

M. Eble reconnaît ainsi que M. Jungken, (et nous prenons à témoins plusieurs officiers de santé supérieurs qui ont insisté sur ce point bien longtemps avant la visite de M. Jungken en Belgique) comme une des causes principales, qui entretient la maladie dans l'armée, la circonstance que dans presque chaque compagnie il se trouve 6 à 8 individus porteurs de granulations sur la conjonctive, qui constituent ainsi une source intarissable du virus ou du miasme.

L'auteur accorde une juste part dans la production de l'épidémie aux causes atmosphériques. En parlant des *refroidissemens* comme cause occasionnelle, il fait remarquer que l'histoire de l'épidémie nous a appris que c'est surtout dans le cœur de l'été ou pendant la transition de l'été à l'automne (à la suite des orages ou de grandes variations de température de la nuit au jour), que l'épidémie gagne en intensité et en extension ; en cela son développement semble suivre les mêmes lois que les dysenteries, les diarrhées et les fièvres rhumatismales. C'est là, dit l'auteur, du moins une explication plus satisfaisante, pourquoi, nonobstant la plus mauvaise saison et les fatigues les plus terribles, l'armée française au siége d'Anvers, n'a pas présenté un un seul cas de cette ophthalmie, que d'en chercher la raison de cela dans leur tenue!

Suivant M. Eble, ce n'est pas par la transmission immédiate du mucus contagieux que cette affection se propage *ordinairement* et *dans la plupart des cas*. Il attache une bien plus grande importance à la transmission indirecte du principe morbide par l'air atmosphérique, et, par conséquent, aux mesures propres à détruire le miasme, comme la désinfection de l'air, des habillemens et des ustensiles, la disposition à grande distance des lits dans les hôpitaux militaires, l'isolement des salles où ce genre de malades se trouvent ; l'envoi de ces malades dans d'autres localités, dans un autre climat, etc. *L'origine primitive* de l'ophthalmie comme

(1) Mémoire sur l'ophthalmie, par M. Juengken, p. 9.

épidémie, dit l'auteur, (p. 27), dépend d'après mon intime conviction, *principalement* d'une condition particulière et inconnue de l'atmosphère en général (pas de celle qui se trouve enfermée dans les chambres) ; mais *pour que le mal se propage sur d'autres malades des yeux*, il faut une détérioration particulière de l'atmosphère produite par le séjour de plusieurs individus affectés dans la même chambre.

Après la considération des causes de la maladie, M. Eble passe au *pronostic*. Il ne pense pas avec M. Jungken qu'il ne faille que le maintien sévère des mesures convenables de police médicale, *afin d'exterminer l'épidémie pour jamais*. L'auteur croit, au contraire, que nous ne pourrons pas plus empêcher le retour de cette épidémie, que celui de la grippe, du choléra et d'autres maladies épidémiques ; surtout *aussi longtemps qu'on continuera à faire la guerre ou d'entretenir les armées d'après la méthode introduite par Napoléon. La vie militaire* ainsi modifiée est la principale cause prédisposante.

Parmi les *mesures policières*, traitées dans le quatrième chapitre, M. Eble propose, pour que la séparation des individus affectés de granulations et suspects se fasse avec tout le soin possible, de charger de ce soin un seul médecin, qui ait bien étudié toutes les nuances de ces phénomènes. Dans le cas contraire, si l'on abandonne ces visites à la masse des médecins, les uns désigneront avec trop de circonspection une foule de soldats comme suspects ou malades, qui réellement ne le sont pas, tandis que d'autres déclareront sains des hommes qui portent déjà le germe de la maladie.

M. Eble s'oppose à la mesure proposée par M. Jungken de *renvoyer les individus malades dans leurs foyers*. Il insiste sur les dangers qui peuvent résulter des rapports de ces individus infectés avec le civil, des récidives auxquelles ces individus sont exposés au moindre changement atmosphérique, etc. Tous les avantages que M. Jungken attend du séjour dans les foyers, comme, par exemple, l'habillement plus commode, des occupations convenables, l'influence d'un bon air, etc., peuvent aussi bien être obtenus dans des hôpitaux *bien organisés*. C'est ainsi qu'en Autriche les ophthalmistes, qui ne sont que suspects ou peu affectés, se trouvent dans des hôpitaux *particuliers*, dans des casernes, dans des châteaux, etc., tout à fait séparés des ophthalmistes graves ; ils sont habillés commodément, se promènent tous les jours pendant plusieurs heures sous la surveillance d'un médecin ou d'un sous-officier, s'occupent même et guérissent de cette manière complétement en plus ou moins de temps. Les mesures policières, prescrites par le gouvernement autrichien dans l'épidémie de Klagerfurth, furent :

1° De séparer complétement tous les individus malades et suspects des hommes sains, de séparer en outre les individus suspects de ceux qui sont réellement malades et de les disposer dans des établissemens particuliers ;

2° De distribuer les corps sains en sections aussi petites que possible, du moins par compagnies, dans des localités distantes les unes des autres. Tout le corps fût visité préalablement, leurs effets, leurs habillemens, etc. furent désinfectés.

3° Afin de donner toutes les garanties possibles aux habitans des campagnes, les corps d'armée qui vinrent s'y établir, durent encore être visités par des médecins civils compétens. Ces visites ne furent pas discontinuées pendant tout le temps du séjour du corps ; les personnes civiles devaient s'y soumettre deux fois, les soldats quatre fois par semaine.

4° Les individus guéris de l'ophthalmie furent obligés de faire une quarantaine de trois à six semaines dans un établissement éloigné de plusieurs lieues de l'endroit où régnait l'épidémie.

5° Enfin le corps qui avait été affecté de l'ophthalmie épidémique fut transformé en un corps spécial, d'un ou de deux bataillons, dans lequel on n'incorpora plus de nouveaux conscrits ; ce corps, divisé en petites sections et accompagné de plusieurs médecins militaires et civils, dût quitter la localité, où l'épidémie avait régné et fut envoyé dans une autre localité plus saine, où il dût encore observer une quarantaine, avant d'être de nouveau admis au service.

La mesure, proposée par M. Jungken, de déclarer tous les hommes, une fois atteints de l'ophthalmie, comme *absolument impropres* au service, est, selon M. Eble, beaucoup trop sévère. Les armées autrichienne et prussienne comptent encore aujourd'hui dans leurs rangs de centaines de soldats, qui, après avoir eu l'ophthalmie, sont rentrés dans le service parfaitement guéris. Les mesures adoptées à cet égard par la commission autrichienne, pourraient ici encore servir de modèle. Les membres de cette commission ont renvoyé comme impropres au service ou du moins en permission pour un temps indéfini : Tous les individus qui présentaient une disposition continuelle à des récidives, et, en second lieu, tous ceux devenus invalides par suite de l'ophthalmie, mais toujours *être avoir restés en observation pendant le temps prescrit par la loi*.

Sous le rapport du *traitement* l'auteur expose dans ce mémoire les mêmes principes qu'il a développés dans son premier ouvrage sur la structure et les maladies de la conjonctive.

Nous terminerons cette analyse en exprimant l'extrême satisfaction que nous a causé la lecture de cet opuscule. Il est écrit dans toutes ses parties dans un style clair, précis et sans prolixité ; les opinions de M. Eble s'y dessinent beaucoup plus nettement que dans son premier ouvrage. Nous y avons trouvé des vues originales puisées dans l'expérience, auxquelles il est impossible de ne pas donner pleine et entière adhésion ; et nous sommes surpris que l'habile traducteur de l'ouvrage classique *de la structure et des maladies de la conjonctive*, s'il a eu connaissance de cette nouvelle production de M. Eble (et il nous semble qu'il doit en avoir eu connaissance, puisque le mémoire original de l'auteur a été envoyé en 1835 à la commission en Belgique) n'ait pas enrichi sa traduction de ce précieux document.

Dr Canstatt.

Règne végétal disposé en tableaux méthodiques ; par M. J. Sheidweiler. Bruxelles, 1836, Établissement géographique fondé par P. Vandermaelen. 10 tableaux, in-folio, grand impérial, coloriés. — Prix : 1 fr. chaque tableau.

Le premier tableau de cet ouvrage, destiné à faciliter l'étude de la botanique, vient de paraître. Il contient la terminologie des racines des plantes en latin et en français, d'après Wildenow et Linck. Ce travail nous a semblé d'une grande utilité pour les élèves. Tracé d'après le plan déjà suivi par M. Achille Comte, dans ses tableaux du règne animal, le tableau que nous avons sous les yeux présente en un seul coup-d'œil toutes les divisions et subdivisions des racines ; à côté de chaque dénomination, se trouve un ou plusieurs exemples, qui impriment mieux dans la mémoire les diverses formes de cette partie des plantes.

Nous engageons M. Sheidweiler à poursuivre cette publication, qui ne peut manquer d'être favorablement accueillie par tous ceux qui s'occupent de la botanique; il rendra surtout un grand service à MM. les étudians, en leur épargnant beaucoup de temps et de travail.

Manuel complet d'hygiène, *ou traité des moyens de conserver la santé;* par Jh. Briand, D.-M. de la faculté de Paris, membre de la société médicale d'Émulation, et professeur d'anatomie, de médecine et de chirurgie. — Bruxelles, 1836, in-8° de 521 pages. — Librairie scientifique de J.-B. Tircher, rue de l'Étuve, n° 20.

Cette nouvelle édition de l'ouvrage de M. Briand, se distingue de la précédente par des notes ajoutées au texte, puisées dans les ouvrages les plus récens, qui mettent ce livre de niveau avec les progrès de la science. Les médecins, les étudians en médecine et les gens du monde, y trouveront tout ce qu'il est important de connaître sur l'hygiène et ses applications au traitement des maladies ou à la conservation de la santé.

Le Rédacteur en chef,
Dr Marinus.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
BULLETIN CLINIQUE;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

FÉVRIER 1836.

N° 14. — 2 FÉVRIER

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Clinique de M. LISFRANC.

Traitement des tumeurs blanches à l'état chronique. De la compression.

Le but qu'on se propose par l'emploi de la compression est double. En effet, ce moyen est destiné, d'une part, à gêner la circulation artérielle dans la tumeur blanche pour y diminuer la nutrition; d'autre part, à y produire un peu d'excitation pour faciliter la résorption de l'engorgement.

Ce qui prouve d'abord que la compression produit réellement le premier effet indiqué, c'est que, si elle n'est établie que sur la tumeur elle-même; si, par exemple, les cônes d'agaric ne s'étendent pas à un pouce au moins au delà de la circonférence de la tumeur, on voit la compression réussir moins souvent d'une manière moins complète et moins prompte. Ne sait-on pas de temps immémorial, pour ainsi dire, que la compression athropie les parties sur lesquelles on l'applique, ou bien arrête leur développement? N'est-ce pas de cette manière qu'un lien serré autour d'un arbre y produit un étranglement en s'opposant au développement du point sur lequel il agit? Ne sait-on pas que, chez les femmes surtout, les jarretières trop serrées diminuent le volume de la partie supérieure de la jambe et déforment le mollet à la longue? Ne voit-on pas chez les femmes pourvues d'un embonpoint considérable, un rapport de volume entre le tronc et les avant-bras, quand ceux-ci n'ont été que médiocrement exercés; tandis que chez certaines personnes qui les exercent beaucoup, comme le font les blanchisseuses, les avant-bras sont beaucoup moins développés par rapport à l'embonpoint du reste du corps, parce que la graisse y a disparu sous l'influence des muscles qui, par leur contraction, compriment les tissus qui les entourent, en gagnant en épaisseur ce qu'ils perdent en longueur; comme l'ont prouvé les remarques de Glisson.

Mais si la compression combat avantageusement l'hypertrophie des tissus, elle n'agit pas moins à la manière des excitans, fondans, et il est facile de le démontrer.

L'expérience nous a démontré en effet que la compression dans les inflammations aiguës les rend souvent plus intenses, et peut, dans ces cas-là, déterminer des accidens graves. La preuve encore, c'est que dans les engorgemens chroniques tout à fait indolens, la compression ramène quelquefois l'état aigu, la douleur, et veut alors être suspendue.

De même que l'on dose l'opium, l'émétique et tant d'autres médicamens, ne peut-on pas et ne doit-on pas aussi doser la compression? Les indurations ont-elles toujours la même consistance? Observe-t-on toujours le même degré de sensibilité dans les engorgemens blancs, dans les tumeurs blanches d'une part, et de l'autre dans la constitution des malades? Non, sans doute; et si des considérations analogues nous dirigent dans l'emploi des purgatifs, pourquoi ne nous dirigeraient-elles pas dans l'emploi de la compression? Ainsi, après avoir établi la nécessité de doser les pommades antiophthalmiques dans plusieurs maladies des yeux, nous posons également en principe que, suivant l'état des tissus, suivant les variétés que présentent les engorgemens dans leur consistance, dans leur ancienneté et dans toutes leurs autres conditions, il faut savoir doser la compression.

Il est temps que les chirurgiens cessent de faire pour ainsi dire exclusivement de la menuiserie. Voilà des idées bien simples; mais, soyez en bien sûrs elles vont irriter.

La poule aux œufs d'or, qui couve et ne pond plus.
(*Némésis.*)

Elles seront encore un nouveau titre de proscription; les *pairs* s'agiteront parce qu'on se sera permis de penser sans leur permission, et les perruches s'indigneront parce qu'il faudra apprendre ces idées, qu'on aura travesties comme cela arrive si souvent. Toutefois notre ligne de conduite est tracée. Nous étions bien jeune et bien faible lorsque nous commencâmes à la suivre invariablement dans les intérêts sacrés de l'humanité. Cet acte de conscience nous a attiré des persécutions dont nous avons méprisé l'infamie. Maintenant que nous sommes devenus plus vigoureux, que nous sommes réunis à des hommes généreux, nos efforts continueront avec une nouvelle énergie.

I A.

1re dose. Compression légère établie tout simplement avec des circulaires de bandes.

2e dose Compression un peu plus forte, avec des cônes d'agaric et des circulaires de bandes.

3e dose. Compression plus énergique, avec des compresses graduées et des circulaires de bandes.

4e dose. Compression plus énergique encore faite avec des attelles ou des pièces de monnaie entourées de linge et des circulaires de bandes. La compression employée à cette dose réussit très-bien dans ces engorgemens durs et indolens qui persistent après les fractures ou les luxations du poignet, et qui résistent ordinairement aux autres doses de la compression. Mais il est évident que cette quatrième dose de la compression ne saurait convenir dans un engorgement, dans une tumeur blanche ayant seulement depuis peu de temps passé de l'état aigu à l'état chronique.

5e dose. Elle consiste dans la malaxation. Nous avons vu ici sur une malade une induration située sur le côté externe du genou, qui avait résisté à toutes les autres doses de la compression, ne céder qu'à la malaxation.

Il faut savoir suspendre la compression quand elle dépasse le but qu'on se propose, et l'on soumet son emploi à toutes les règles qui doivent diriger le praticien dans l'emploi des fondans. Ainsi, si la chaleur et la douleur reparaissent, on suspend ces moyens; si ces accidens persistent pendant plus de vingt-quatre heures, on les combat par des moyens antiphlogistiques, et on ne revient aux fondans que lorsque ces accidens ont disparu tout à fait.

Quelques détails sont ici nécessaires sur la manière d'appliquer la deuxième dose de la compression. L'agaric doit être mou, épais, de bonne qualité; car s'il était dur et mince, peu élastique, la compression serait plus forte, et équivaudrait à une dose plus élevée. Cet agaric est coupé en rondelles d'inégale grandeur, de manière à ce qu'étant surperposées, elles forment des cônes tronqués de la hauteur d'un pouce à un pouce et demi. La base du cône doit être assez large pour embrasser la tumeur et s'appliquer à un pouce au delà de sa circonférence; dans la plupart des tumeurs blanches, le volume de ces tumeurs exige que l'on emploie plusieurs cônes d'agaric afin qu'elles soient également comprimées dans toute leur étendue.

Ce que nous avons à dire encore de la compression s'appliquera non-seulement aux tumeurs blanches, mais aussi à d'autres tumeurs.

Quelquefois les tumeurs que l'on doit comprimer sont roulantes, et peuvent échapper à l'action d'un seul cône d'agaric. Rien n'est plus fréquent dans les engorgemens glandulaires. Il faut alors placer autour de la tumeur, pour la cerner, plusieurs petits cônes au centre desquels on place un cône plus large sur la tumeur elle-même. Dans l'aisselle, par exemple, pour empêcher les ganglions lymphatiques engorgés, de fuir en haut vers l'apophyse coracoïde, il faut placer au-dessus d'eux un cône qui les abaisse et les empêche de se soustraire au cône d'agaric plus large qui est appliqué par sa base sur toute leur surface.

La compression ne doit pas rester appliquée pendant trois ou quatre jours de suite, parce que dès le second jour les circulaires de bande étant relâchées, la compression n'agit plus au même degré; mais il faut l'enlever toutes les vingt-quatre heures, et laisser le malade se reposer pendant un quart-d'heure environ.

Quand on l'applique sur la poitrine, elle doit être légère pendant les premiers jours, de peur qu'elle ne gêne trop la respiration. M. Récamier a imaginé une espèce de corset pour l'établir.

La compression peut d'ailleurs être employée en même temps que d'autres fondans, surtout en même temps que les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse. On doit quelquefois aussi la faire alterner avec des sangsues en petit nombre.

Lorsque la compression a réussi et que l'engorgement a tout à fait disparu, il est prudent de continuer son emploi pendant plusieurs semaines, et pendant des mois s'il s'agit d'un squirrhe: souvent on prévient, en agissant ainsi, la récidive du mal.

On a dit que la compression pouvait guérir le cancer ulcéré; ce n'est pas notre opinion. En effet, consultez-vous les observations publiées sur ce sujet, vous voyez que, dans ces prétendus cas de succès, on n'a pas employé la compression seule; on a commencé par détruire avec la potasse caustique ou avec le bistouri le centre de la tumeur cancéreuse, et puis on a employé la compression qui a fait résoudre le reste de la tumeur. Je soutiens que dans ces cas là le cancer avait été détruit par la première opération, et que l'engorgement de la circonférence n'était autre chose que cet engorgement non encore dégénéré qui entoure si souvent le cancer, et sur lequel j'ai émis ailleurs des idées que je considère comme très-importantes.

Dans tous les cas de tumeurs *présumées cancéreuses*, ou autres, je rejette la compression:

1° Quand les symptômes annoncent une inflammation assez aiguë, soit dans la tumeur elle-même, soit dans les tissus qui l'environnent.

2° Quand la tumeur, quoique peu volumineuse, est dure, très-dure, inégale, bosselée, adhérente à la peau, et surtout quand la peau est le siége d'une ulcération de mauvaise physionomie, à moins qu'on n'ait enlevé le tissu cancéreux proprement dit.

3° Quand la tumeur, quel que soit son volume, présente en même temps des points durs et d'autres points ramollis; quand ce ramollissement, par cette espèce de fluctuation qu'il fournit et qui en impose si souvent pour une fluctuation réelle, fait soupçonner la dégénérescence pultacée de la tumeur.

C'est parce qu'on n'a pas distingué ces cas là; c'est parce qu'on n'a pas toujours saisi les indications, qu'on a souvent fini par rejeter la compression comme un moyen dangereux. C'est sans doute ce qui avait amené Dupuytren à la rejeter lui, qui lui reprochait de rendre les cancers plus adhérens, d'accélérer leur marche, de les faire ulcérer, etc. Cependant nous pouvons nous féliciter d'avoir réussi une dizaine de fois chez des femmes d'un rang élevé dans la société, auxquelles d'autres chirur-

giens très-distingués avaient conseillé l'amputation du sein comme le seul moyen à mettre en usage ; et ces succès sont d'autant plus satisfaisans, que chez beaucoup de malades la guérison date déjà de plusieurs années, et nous paraît devoir être définitive.

Alors donc que les tumeurs ne sont pas très-avancées, on peut espérer de guérir ; souvent on peut au moins espérer de diminuer la tumeur, et de rendre plus simple une opération qui plus tard sera nécessaire.

Mais lorsqu'une tumeur, après avoir, ou sans avoir été améliorée par la compression, reste tout à fait stationnaire ; si elle n'est nullement modifiée par les autres moyens fondans, redoutez alors, comme je l'ai vu souvent, une explosion cancéreuse subite et rapide dans sa marche.

Dans des cas de ce genre, ne vous acharnez point à comprimer, mais ne perdez point de temps et opérez ; car l'anatomie pathologique a trop souvent démontré qu'il s'agit alors d'une dégénérescence trop avancée pour céder à la compression.

Je pense, en résumé, que la compression bien maniée, appliquée à des cas bien choisis, peut réussir et faire des merveilles. Les malades, les femmes surtout, se prêteront toujours plus facilement à son emploi qu'à une opération sanglante. Il faut donc la tenter dans les cas jugés opportuns. Sans rien promettre aux malades on les encourage, on leur raconte les faits sur lesquels on base ses espérances, on les engage à prendre directement des renseignemens auprès des personnes que l'on a guéries d'affections semblables, et quand toutes les conditions favorables sous les rapports pathologique et moral sont ainsi réunies, on surveille les effets d'un moyen, lent dans son action, il est vrai, mais moins dangereux, moins redouté qu'une opération chirurgicale. Si d'ailleurs la compression échouait, ou devait même produire des accidens, on est là, placé en vedette pour ainsi dire, pour les prévenir et conseiller l'instrument tranchant quand on est convaincu qu'il ne reste pas au malade d'autre ressource.

Nous terminerons en vous recommandant de faire encore ici de la médecine en même temps que vous faites de la chirurgie ; soyez bien convaincus que vous réussirez mieux. Ainsi, s'agit-il d'un engorgement du sein ? Aidez la compression par les tisanes dépuratives et fondantes, par quelques grains de poudre de ciguë administrés à l'intérieur, par les sucs épurés des plantes amères, par quelques minoratifs, etc.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Onzième leçon, 22 janvier.)

Nous pourrions citer encore quelques affections dans lesquelles le liquide joue un rôle important. Ainsi, dans le ramollissement que l'on observe fréquemment chez les vieillards, et dont la dénomination grossière est à peine digne d'entrer dans la science, un individu éprouve des accidens et meurt ; on dit qu'un point du cerveau est ramolli ; mais tout le monde est en état de faire cette observation. On coupe le cerveau et on trouve un liquide jaunâtre ; on est encore éloigné de connaître la nature du mal ; il faudrait savoir si la matière cérébrale a disparu, si les globules ont pris une autre disposition, comment est la trame des vaisseaux sanguins, et dans quel état se trouve le liquide cérébro-spinal.

Un enfant est atteint d'un hydrencéphale chronique, il maigrit, le crâne se développe ; à l'autopsie le septum lucidum a disparu, une partie de la voûte et des piliers est dissoute ; au lieu d'un liquide limpide dans les ventricules, on trouve une espèce de mucilage. Il ne suffit pas de noter cela, il faut savoir que le tissu cérébral est dissous. Comment, dans l'état normal, le septum lucidum ne se dissout-il pas dans un liquide à 30°, et comment s'y dissout-il dans l'état pathologique ? Il y a plus : il est des maladies qui, en très-peu de temps, développent beaucoup de liquide ; tantôt simple, tantôt altéré dans sa composition ; ceci nous conduit à l'apoplexie séreuse.

Existe-t-il ou non une apoplexie séreuse ? Morgagni l'a décrite comme un épanchement considérable de liquide dans un ou deux ventricules ; de nos jours on n'en parle pas, ou on dit qu'elle est une création imaginaire. J'abandonnerais volontiers le mot apoplexie, qui n'indique qu'un effet de la maladie (frapper violemment), et qui ne convient pas à tous les cas d'hémorrhagie cérébrale, pour un autre mot qui indiquerait l'accumulation du liquide. Quoi qu'il en soit, pour savoir s'il existe une apoplexie séreuse, il faudrait faire les autopsies avec plus de soin ; or, il n'est pas d'interne qui tous les matins n'en fasse deux ou trois ; et en une heure ou une heure demie de temps, il est impossible qu'elles soient bien faites.

Prenons une femme (la maladie est plus fréquente chez ce sexe) frappée d'une maladie où il y a une sécrétion rapide de liquide qui arrive dans les ventricules ; de là compression, paralysie et mort. Pour savoir si la collection existe, il faudrait ne pas arriver avec une idée préconçue et ouvrir avec soin ; tandis qu'en ouvrant brusquement le liquide s'échappe, et on ne l'a pas vu ou on l'a mal vu. A la Salpêtrière, j'ai vu bien des fois une augmentation rapide de liquide déterminer brusquement tous les symptômes de l'apoplexie sanguine. Avec l'habitude que j'ai d'observer et ma prétention de déterminer comme les autres le point où se trouve la lésion, j'ai vu très-souvent, je le répète, non point une apoplexie sanguine après les symptômes qui l'indiquent, mais une seule collection de liquide dans un ventricule.

J'établis donc que l'apoplexie séreuse, qu'il serait mieux d'appeler collection de liquide, n'est pas aussi fréquente, mais qu'elle est aussi certaine que l'apoplexie sanguine. J'ai vu un coup apoplectique suivi d'un autre, et déterminer la paralysie et la mort ; et à l'ou-

verture, d'un côté était une collection sanguine dans un ventricule, et de l'autre une collection séreuse. L'épanchement sanguin était de plusieurs onces, et la collection séreuse encore plus abondante.

Quant à l'apoplexie nerveuse ou sans matière, je ne dis pas qu'il n'y ait des morts subites où l'action nerveuse cesse brusquement; de même qu'un simple ébranlement cérébral par un coup sur le crâne peut tuer, et qu'un atome d'acide prussique répandu dans l'air peut faire cesser l'influx nerveux; mais pour que l'on soit en droit de soutenir qu'il n'y a pas de lésion, il faut avoir pris toutes les précautions de s'assurer qu'il n'y avait pas de collection, sans quoi vous ne pouvez dire qu'il y ait absence de cause matérielle.

Il est fâcheux que l'on n'ait pas disséqué avec soin le cerveau des hommes distingués morts récemment en France et en Angleterre, et qu'il ne reste rien de positif sur le poids, la conformation, la structure de cet organe chez eux; c'est une étude qu'il eut été digne d'approfondir. J'ai eu le malheur de perdre, il y a peu de temps, un savant illustre qui m'a servi de père, pour ainsi dire; j'ai procédé à l'examen du cerveau avec le plus grand soin, et dans quelques années, je pourrai donner à l'histoire la description très-exacte de l'encéphale dont les diverses coupes ont été peintes par l'habile docteur Carswell.

Chez les enfans, dans les hydrocéphalites aiguës, si l'accélération de la circulation cérébrale a été grande, vous trouvez une augmentation de liquide faite promptement, mais le plus souvent sans altération. Dans la fièvre cérébrale proprement dite, phrénésie des anciens, fièvre ataxo-adynamique, etc., il est impossible que l'état d'exaltation n'amène pas une augmentation dans la quantité du liquide, mais cette augmentation seule n'entraîne pas la mort; tandis que toutes les fois qu'il y a altération du liquide, la mort est presque inévitable. Lorsque, dans la fièvre cérébrale des enfans, les symptômes s'affaissent, que l'intelligence tombe, qu'on n'obtient plus de réponses, on peut annoncer qu'il y a non-seulement collection; mais une modification du liquide, improprement appelée suppuration; ainsi dans les pie-mérites, en certains cas le liquide céphalo-rachidien se transforme en matière solide. A l'Hôtel-Dieu, j'ai vu un de ces cas où cette transformation avait lieu du sacrum à la partie antérieure de la tête, en un pus solide qui pénétrait jusque dans les ventricules.

Dans les oiseaux il y a très-peu de liquide à la surface du cerveau, du cervelet, vers les tubercules optiques, etc., mais la surface des cavités et du cerveau est lubrifiée par une couche mince qui n'est pas assez considérable pour qu'il y ait écoulement. C'est que dans les oiseaux tout est disposé pour la légèreté, et s'il y avait eu amas de liquide, le vol aurait été pesant; cependant, à la place du liquide le cerveau est protégé par un tissu vésiculeux osseux placé entre les lames des os du crâne. Aussi, quoique la tête soit très-grosse chez les oiseaux de long vol, l'air contenu dans ce tissu qui répond à la cavité de l'oreille, ajoute à la légèreté. Cependant en deux points, au cervelet vers la fin du quatrième ventricule, dans le ventricule de la moelle alongée, on voit une fente et plus de liquide; est-ce parce qu'en ce point du col il y a plus de mobilité? c'est probable. L'autre point est dans le ventricule lombaire où, ce qui n'a pas lieu chez les mammifères, existe une excavation, une fente sur la ligne médiane de la moelle, qui contient une masse assez considérable de liquide; or, ici où les os sont fixés, il n'y a aucun rapport entre le liquide et le mouvement des parties; à moins qu'on ne tienne compte du mouvement d'ascension totale de la moelle. En général, ai-je dit, il y a très-peu de liquide chez les oiseaux; sur ce gallinacé, vous voyez que la moelle remplit le rachis, et pourtant l'existence du liquide ne peut être contestée; il existe non-seulement à la surface, mais dans le parenchyme.

Dans les reptiles, les batraciens, il y a aussi du liquide; quand on fend la tête d'une grenouille, le cerveau ne remplit pas exactement la cavité du crâne; si on suit le canal vers les racines nerveuses, il y a aussi un intervalle où se trouve probablement du liquide; je ne puis dire cependant s'il y a une arachnoïde chez les reptiles et si le liquide est dans le tissu cellulaire au-dessous: il faudrait faire des recherches sur de grands reptiles, des tortues, etc.; on voit bien le liquide entre la pie-mère et la dure-mère, mais on ne peut affirmer qu'il y ait une arachnoïde.

Quant aux poissons, il y a presque toujours quelque chose qui remplace le liquide; dans la carpe, vous le voyez, le cerveau est tellement petit qu'à peine si on l'aperçoit; c'est une matière graisseuse non en masse, mais organisée et formant de petites cellules comme le tissu pulmonaire desséché; cette cellulosité n'est point aqueuse, ce qui sans doute, est en rapport avec la manière d'exister de l'animal dans le liquide.

Si vous examinez sa statique dans l'eau, vous verrez les parties légères aux parties supérieures, et faisant l'effet de la bulle d'air dans une vessie. Il n'est pas tout à fait certain que cette masse remplace le liquide; car si vous disséquez un poisson vivant, indépendamment de cette masse graisseuse, on arrive à une cellulosité qui paraît remplacer l'arachnoïde; entre la dure-mère et la pie-mère, est donc une cellulosité mince à lames assez étendues; quand on l'enlève, il coule de la cavité du rachis une sérosité qui représente bien mieux le liquide; donc il y a non-seulement une couche graisseuse extérieure, mais encore une couche de liquide sans que je puisse dire s'il est entre l'arachdoïde et la pie-mère. Comme il n'existe ou n'y a que des traces de ventricules et de cavités, on ne peut pas dire qu'il y ait de ces collections. Quoi qu'il en soit, à l'exception de quelques poissons cartilagineux, il existe une grande différence entre le crâne et le corps; le système nerveux n'est nulle part en contact avec les os, et le fait général de l'existence d'un liquide ou d'une matière étrangère dans le cerveau, n'est pas démenti.

Nous allons passer à l'étude du cerveau et de ses fonctions.

N° 15. — 4 FÉVRIER

Médecine légale théorique et pratique.

Par Alph. Devergie, D.-M.-P., professeur particulier de médecine légale et de chimie médicale, médecin des hôpitaux et inspecteur de la Morgue, etc. Avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par J.-B.-F. Dehaussy de Robecourt, conseiller à la cour de cassation. 2 vol. in-8°. — Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis. — 1836.

(Analyse.)

De toutes les publications qui ont eu lieu au commencement de cette année, celle-ci est, sans contredit, la plus importante. Le besoin d'un nouveau traité de médecine légale se faisait vivement sentir. Le volumineux et indigeste ouvrage de Fodéré est maintenant relégué avec raison dans la poussière des bibliothèques. Le traité de M. Orfila n'est plus à la hauteur de la science. Les nombreux manuels, bons tout au plus pour apprendre aux élèves les définitions qu'ils doivent répéter dans un examen, ne sauraient fournir la solution des problêmes nombreux et complexes qui sont du ressort de la médecine légale.

Avant de se mettre à l'œuvre, M. Devergie a longtemps médité son sujet. Il s'est livré à de longues et pénibles recherches : dix ans d'enseignement de la médecine légale l'ont mis à même de connaître tout ce qui est utile aux praticiens et aux élèves. Huit ans de pratique auprès des tribunaux lui ont fourni l'occasion de recueillir un grand nombre de matériaux. Chargé, en outre, depuis sept ans de l'inspection de la Morgue de Paris, ayant chaque année à sa disposition plus de trois cents sujets, il a mis à contribution cette source féconde d'enseignement et d'expériences. Il a de plus enrichi de nombreux articles les Annales d'Hygiène et de médecine légale, ainsi que le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Aussi son ouvrage n'est point un résumé de tous les traités passés et présens de médecine légale : il contient beaucoup de vues neuves et originales, et fournit la solution de plusieurs problêmes que faute de recherches on n'avait pu encore résoudre.

Quant à l'ordre que l'auteur a suivi, il n'est point systématique, il n'attache aucune importance aux classifications ; et en effet, la médecine légale, envisagée sous le rapport théorique, se compose d'élémens tellement hétérogènes que la solution d'une question ne sert presque jamais à celle de l'autre ; si bien qu'il est tout à fait indifférent de commencer son étude par quelque point que ce soit.

Dans l'introduction, l'auteur, après avoir exposé et discuté les différentes définitions données par ses devanciers, propose de définir la médecine légale, « l'art d'appliquer les documens que nous fournissent les sciences physiques et médicales à la confection de certaines lois, à la connaissance et à l'interprétation de certains faits en matière judiciaire. »

Le premier chapitre est consacré aux rapports, certificats et consultations médico-légales.

L'auteur examine cette question qui a été diversement résolue. Un officier de santé est-il apte par son titre à rapporter en justice? M. Devergie, contrairement à M. Orfila, n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Il sera impossible d'admettre une autre opinion, en comparant les articles 43 et 44 du code d'instruction criminelle, et l'article 81 du code civil. Ce dernier désigne, il est vrai, les docteurs en médecine et en chirurgie, mais l'art. 43 fait mention des personnes « présumées par leur art ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du délit. Dans l'art. 44 il n'est question que d'officiers de santé : ce n'est pas la seule erreur qui ait échappé à M. Orfila.

Dans le chapitre second, qui comprend la médecine légale relative aux décès, l'auteur expose la législation sur ce point, les modes suivant lesquels la mort peut survenir, les moyens de déterminer si la mort est réelle ou si elle n'est qu'apparente. Il fait ensuite l'histoire de la putréfaction ; il examine l'influence de l'air et de différens gaz, de l'eau de vapeur et de l'électricité. A ce chapitre, qui est tout à fait neuf, se trouvent annexées un grand nombre d'observations que l'auteur a recueillies dans son service à la Morgue de Paris. La médecine légale, relative aux attentats à la pudeur, au mariage, à la grossesse, à l'accouchement, aux naissances précoces et tardives, à la suppression de part, à l'infanticide, à l'avortement, à la viabilité, complète le premier volume, qui n'a pas moins de 724 pages.

Le second volume se composera de deux parties :

Dans la première, qui a été seule publiée, l'auteur s'est occupé du vaste sujet des blessures, et puis de l'asphyxie.

La deuxième partie, qui formera un troisième volume, sera consacrée aux poisons. Tout porte à croire que ce dernier volume sera digne de ses aînés.

L'ouvrage de M. Devergie occupera une place choisie dans la bibliothèque de tous les praticiens. Il sera surtout recherché des jeunes docteurs et des élèves qui, depuis dix ans, se pressent dans son amphithéâtre, et laissent désert celui de l'école.

N° 16. — 6 FÉVRIER.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Douzième leçon, 27 janvier).

C'est surtout dans l'étude des fonctions du cerveau et de l'organe lui-même qu'il faut procéder avec sagesse et méthode ; car les hommes les plus habiles peuvent, sans cela, être conduits dans les plus étranges aberrations. Il vaut mieux avouer qu'on ignore, que de faire

une hypothèse qui, en définitive, ne signifie pas autre chose.

Tenez-vous en donc à l'expérience et à l'observation ; l'expérience ne peut pas être tentée sur l'homme, à l'exception des cas de blessures. Ainsi, quand un sujet a eu la tête traversée d'une tempe à l'autre, et qu'il ne succombe pas, on sait que la partie lésée n'est pas de première nécessité ; les os et la surface du cerveau peuvent être enlevés sans qu'il y ait mort ; il en est de même de l'existence de tubercules, de tumeurs, etc.; ces faits pathologiques mènent à la physiologie. Une hémorrhagie a lésé le corps strié, il en résulte soit une paralysie du bras, soit une hémiplégie complète; concluerez-vous que cet accident est dû uniquement à l'hémorrhagie? Il y a sans doute lésion de ce point ; mais en outre il y a épanchement des liquides, et par là compression de tout le cerveau.

Bien qu'il faille mettre de la réserve dans les applications à l'homme des expériences faites sur les animaux, cependant les faits précis s'appliquent fort bien. Si vous vouliez savoir où est l'organe musical, certainement vous trouveriez qu'il y a des animaux sensibles à la musique, mais non point à celle de Rossini (on rit), quoiqu'elle soit assez bruyante, de même que les sauvages qui aiment un grand bruit; mais l'animal ne vous rendra pas compte de ses sensations.

Si, au lieu de prendre un fait complexe vous en prenez un plus simple, la sensibilité de la surface de la conjonctive, vous obtiendrez les mêmes résultats chez l'homme et les animaux. On peut toucher dans l'intérieur du crâne une branche nerveuse qui ne soit pas très-volumineuse, mais située en un point fixe, et aussitôt il n'y a plus de sensibilité dans la conjonctive. Vous ne pouvez faire cette expérience sur l'homme, quoiqu'on en fasse bien d'autres (on rit) ; mais on sait par certaines maladies, les tubercules, etc., que la sensibilité de la conjonctive disparaît. Or, ici les applications pratiques sont nombreuses ; j'en ai tiré parti pour appliquer le galvanisme sur les nerfs. Je pourrais citer l'histoire d'une femme qui me fut adressée par M. Marjolin ; la paupière était paralysée, l'œil fixé en dehors, elle n'y voyait plus clair; on avait appliqué des moxas, employé les saignées, etc.; une seule application de galvanisme sur la branche nerveuse amena la guérison ; la malade vint me voir, et j'eus de la peine à la reconnaître.

Un préjugé de l'école, que l'on retrouve dans les ouvrages les plus récens et les dictionnaires, c'est qu'il est impossible d'appliquer les expériences des animaux à l'homme. Dans les expériences, d'ailleurs, les animaux souffrent, il se fait un délabrement des fonctions. Les personnes qui parlent ainsi n'ont pas fait d'expériences. Je sais bien que les animaux souffrent, que les fonctions sont troublées; mais les applications n'en sont pas moins belles. Il est vrai de dire qu'il ne faut pas prendre indifféremment tous les animaux ; on ne saurait conclure des animaux microscopiques à l'homme.

Ainsi, chez les crustacés, il n'y a pas le même système nerveux que chez les mammifères. Voici un fait : prenez le nerf optique ; s'il est sensible et que vous le piquiez, l'animal éprouvera une douleur violente; vous avez vu ce fait pour la moelle épinière ; eh bien, pas du tout, vous piquez ce nerf et l'animal ne sent rien, le nerf est donc insensible ; allez dire cela dans un examen, et vous verrez comme vous serez reçus. Un assez grand nombre de nerfs sont dans ce cas. Dans le nerf de la septième paire, par exemple (nerf facial), la portion dure et très-sensible, la portion molle ne l'est pas.

Le nerf optique, qui se termine à la rétine, que l'on regarde comme la partie la plus sensible puisqu'elle sent la lumière qui est immatérielle, n'est pas sensible; car si vous le touchez par la face interne ou externe de l'œil, l'animal ne manifeste pas de sensibilité. Chez l'homme, il faudrait une blessure avec un délabrement énorme pour que l'on pût faire cette expérience, mais ce qu'on ne peut faire sur le nerf optique, on le peut sur la rétine, on le fait tous les jours dans l'opération de la cataracte par déplacement. Je ne sache personne qui ait prétendu qu'en abaissant le cristallin, il eût trouvé dans la rétine la moindre trace de sensibilité.

J'ai très-souvent et publiquement opéré des cataractes, et j'ai laissé toucher la rétine par la pointe de mon aiguille ; je l'ai traversée même, non dans le dessein de nuire, aucun de mes malades n'a éprouvé de la douleur ; ce fait n'est pas connu, quoique je l'aie imprimé. On peut dire que la rétine est moins sensible que l'ongle.

Il est encore une autre condition pour étudier le système nerveux. Bien que l'anatomie se soit bien perfectionnée, il faut cependant convenir que ces connaissances minutieuses sont loin d'avoir conduit à des résultats importans. Une des questions les plus essentielles est de savoir s'il existe un lien entre les diverses parties du système nerveux, ou si ces parties sont seulement accolées. Si d'un point le développement s'étendait à tout le système, ce serait plus commode ; il y a bien quelque chose de cela, et Gall et Spurzheim en ont tiré parti dans leurs travaux, où Gall était la tête et Spurzheim était chargé du manuel anatomique. L'un des points les plus remarquables est le soin avec lequel ils ont établi un lien entre certaines colonnes de la moelle épinière et le cerveau ; ce fait d'observation on a voulu le trouver dans Varole ; mais il était à peine connu, ou complétement oublié. Quand un fait est bien étudié, il est facile de feuilleter les auteurs et d'en retrouver quelque trace.

La moelle est une partie qui tient au système nerveux par l'encéphale et le canal vertébral ; elle est composée de plusieurs languettes dont une antérieure, une postérieure, une sur le côté; la colonne antérieure sur laquelle Gall et Spurzheim ont beaucoup insisté, se termine vers le mésocéphale par deux prolongemens (les pyramides) qui présentent de suite vers ce point une disposition anatomique, un entrecroisement, ou au moins une apparence d'entrecroisement vers la partie inférieure, qui passe de gauche à droite pour former la pyramide. Ce fait est contesté anatomiquement parlant; mais si sur un cerveau frais vous écartez les deux pyra-

mides, vous en trouvez au moins l'apparence ; bien que nous puissions en tirer des inductions d'un haut intérêt pour la physiologie, dans lesquels la lésion d'un côté du corps répondait à la lésion du côté opposé dans le cerveau, il faut avouer pourtant que la physiologie est plutôt d'accord avec le non entrecroisement.

Autre fait : La pyramide vient s'engager dans le pont ; si vous incisez sur le pont et que vous renversiez les fibres transversales, vous voyez que la pyramide s'y engage, s'y divise en filamens, augmente de volume ; de là elle va dans les pédoncules du cerveau qui, en s'épanouissant, forment tout le lobe, passe dans la couche optique et le corps strié de ces deux noyaux de substance grise, sort en formant la masse. Là est une spéculation dont il faut se garder: Gall et Spurzheim expliquent le fait en disant que la matière du cerveau se compose de deux substances, la blanche et la grise, et prétendent que la grise nourrit la blanche, que chaque fois que la blanche passe dans la grise, qui est sa matrice, elle s'accroît; ainsi pour la pyramide, elle passe à travers plusieurs noyaux de substance grise, le pont d'abord qui en est en partie composé, et de là en grossissant de volume, à travers les pédoncules, où d'une ligne d'épaisseur, elle est parvenue à plus d'un demi-pouce, comme elle passe ensuite dans la couche optique et le corps strié. Cette explication est hypothétique; d'ailleurs, dans le pédoncule du cerveau il y a autre chose, car il se prolonge dans les corps restiformes, etc.; on voit réellement le pédoncule rayonnant à la surface à travers la substance blanche; il y a même un faisceau (Foville) qui va gagner celui du côté opposé. D'après Gall, c'est parce que la pyramide a passé à travers le corps strié ; ce qui est réel, c'est la liaison de la ramification des pyramides et du cerveau ; il y a donc liaison entre le cerveau et les différens cordons de la moelle ; il en est ainsi pour le cervelet. Les corps restiformes, espèces de pyramides postérieures, vont former le plancher du ventricule avec un autre prolongement qui vient des tubercules quadrijumeaux.

Nous couperons une pyramide, ce qui n'est pas difficile, et nous verrons qu'elle n'est pas un moyen de transmission des lésions du cerveau à la moelle, *et vice versâ*.

On peut étudier le cerveau par la chimie ; on a soumis le système nerveux au microscope, on y a trouvé de petits globules moins volumineux que ceux du sang : ce fait est resté isolé. Tout récemment, on a dit que les globules de la substance grise étaient plus petits que ceux de la substance blanche ; en Allemagne, Ehremberg ne reconnaît plus de globules, mais des filamens d'une ténuité excessive qu'on ne peut voir que par le grossissement ; il a constaté l'existence de filamens dont on ne voit jamais l'extrémité, ayant la forme des chaînons d'arpenteur : chaque filament a toujours des fibrilles distinctes terminées de la même manière.

J'ai dernièrement examiné cela avec M. Carus sur des animaux : ce ne sont pas là les filamens nerveux dont on a parlé en anatomie et dont on a fait des tubes avec névrilème, avec un canal central, et une matière intérieure, ce qui est une erreur ; car le mercure que l'on a cru passer dans un canal ne passe qu'entre le névrilème et les filamens intérieurs. On a toujours cherché à trouver des tuyaux dans les nerfs pour expliquer la transmission. De même en chimie, Vauquelin, qui s'était déjà occupé de l'analyse du cerveau, y avait trouvé des substances grasses nacrées; mais aujourd'hui, M. Couerbe, dans ses récentes analyses, y a trouvé des substances nouvelles, et dont il est important de tenir compte (*Voir* cette analyse que nous avons publiée dans le n° du 16 janvier, 8e leçon.)

N° 17. — 9 FÉVRIER.

HOTEL-DIEU.

M. CHOMEL professeur.

Hémorrhagie utérine survenue sous l'influence de chagrins violens ; métrite ; traitement antiphlogistique ; guérison.

Au n° 15 de la salle Saint-Lazare, est couchée une couturière, âgée de 32 ans, d'une constitution assez faible, ayant le teint pâle, légèrement jaunâtre.

Cette femme, dont la santé est dérangée depuis un certain temps, a éprouvé de vives émotions morales. Abandonnée par son mari depuis vingt-huit mois, elle a été appelée auprès de lui à douze lieues de Paris, a vécu en assez bonne intelligence pendant l'espace de deux mois; mais à cette époque, ayant demandé avec instance à ramener ses enfans auprès de leur père, elle a été dès lors en butte aux plus mauvais traitemens. Obligée de partir, pour se rendre auprès de ses enfans qui avaient été confiés à une parente, son mari lui refuse de subvenir aux frais de son voyage ; elle est réduite à se dépouiller de quelques bijoux pour trouver la somme nécessaire. Toutes ces vives contrariétés avaient déjà porté atteinte à sa santé. En route, elle est prise d'une hémorrhagie utérine qui la force à garder le lit, et à rester pendant quelques jours dans une auberge. Plusieurs caillots sanguins sont expulsés avec des douleurs que la malade compare à celles de l'enfantement ; quand l'hémorrhagie a cessé, elle se rend à Paris, et reprend ses occupations habituelles. L'hémorrhagie ne reparaît plus ; mais des douleurs sourdes se font sentir dans l'hypogastre, les lombes et les cuisses. Cet état persiste pendant trois semaines environ, au bout desquelles la malade vient réclamer les secours de l'art à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, on constate l'état suivant : Douleur hypogastrique augmentant par la pression ; douleurs dans les lombes et l'une des cuisses ; constipation. Le doigt introduit tour à tour dans le vagin et le rectum, fait reconnaître une augmentation de volume dans l'utérus ; l'orifice est béant ; le col est très-sensible au toucher. La pression de la cloison recto-vaginale est très-douloureuse. Du reste, mouvement fébrile peu intense ; pas d'altération des traits ; pas de nausées ni de vomissemens.

C'est l'hémorrhagie utérine qui, dans ce cas, a marqué le début de la maladie. Or, l'hémorrhagie de la matrice, comme celle du poumon et de l'estomac, est presque toujours symptômatique d'une lésion organique du viscère qui en est le siége. Les tumeurs fibreuses, les polypes, le cancer et le squirrhe sont des altérations qui se lient ordinairement à l'hémorrhagie utérine. Cet accident se montre moins fréquemment dans l'inflammation; on l'observe aussi dans l'avortement. A l'époque de la cessation définitive de menstruation, on voit aussi à des intervalles irréguliers des hémorrhagies survenir, dans ce cas elles ne se lient pas toujours à une lésion organique. Cependant le médecin doit, en pareille occasion, soigneusement explorer les organes génitaux. Dans le cas qui nous occupe, le toucher n'a fait reconnaître aucune des lésions organiques, telles que cancer, polype, tumeur fibreuse, etc. Il n'est pas présumable qu'il y ait eu ici avortement, quoique pendant les deux mois que cette femme a passés auprès de son mari les rapprochemens aient été fréquens. L'écoulement menstruel s'est fait d'une manière régulière, et c'est huit jours après la cessation des règles que la perte a eu lieu. La lésion à laquelle il faut la rattacher est une inflammation simple de l'utérus, dont les symptômes sont très-caractérisés.

Cette phlegmasie ne présente pas une très-grande acuité. Les symptômes généraux sont peu prononcés; le pouls donne à peine 70 pulsations; l'appétit n'est pas entièrement perdu. Aussi M. Chomel n'a-t-il pas cru devoir débuter par une saignée générale; il s'est borné à une application de 12 sangsues dans chacune des régions inguinales. C'est là qu'elles doivent être appliquées de préférence, à cause des rapports qui existent entre les vaisseaux de ces parties et ceux de l'utérus. Des lavemens émolliens, des cataplasmes sur le ventre, ont secondé l'emploi de cette médication. Sous l'influence de ces moyens, les douleurs dont l'utérus étaient le siége se sont presque entièrement dissipées. Cette malade touche aujourd'hui à la convalescence.

Névralgie sciatique, symptômatique d'une affection abdominale.

Au n° 10 de la salle Saint-Lazare, est couchée une femme qui accuse une douleur du membre inférieur droit. Cette douleur part de l'échancrure sciatique, occupe la partie postérieure de la cuisse jusqu'au jarret, d'où elle s'étend jusqu'à la malléole externe, où elle s'éteint. Les mouvemens de ce membre sont pénibles, la progression est difficile. Du reste, pas le plus léger changement de couleur à la peau; pas de rougeur ni de gonflement des articulations. A ces caractères, il est impossible de méconnaître une névralgie sciatique. Mais cette affection est-elle essentielle? Est-elle symptômatique? Est-elle le résultat d'une affection rhumatismale? Ces névralgies essentielles, d'après les progrès de l'anatomie pathologique, deviennent de plus en plus rares. C'est ainsi que les névralgies, désignées jadis sous le nom de colique hépatique, colique néphrétique, sont, dans l'immense majorité des cas, liées à des affections calculeuses du rein ou du foie; c'est ainsi que la névralgie sciatique est souvent symptômatique d'une lésion abdominale. Tout récemment, M. Chomel a vu une dame qui était tourmentée depuis plusieurs semaines par des accès de névralgie sciatique; ces accès ont complétement cédé en même temps que s'est dissipée une tumeur développée dans la région iliaque, et que l'excrétion d'une certaine quantité de pus a eu lieu par l'anus. Dans ce cas, la névralgie était évidemment symptômatique de la tumeur de la fosse iliaque. Dernièrement encore, nous avons vu à la clinique, une névralgie sciatique produite par une tumeur stercorale, céder à l'usage des lavemens purgatifs.

En explorant l'abdomen de la malade qui fait le sujet de ces réflexions, on trouve qu'il présente une tuméfaction anormale. Dans tout le côté droit, le palper fait reconnaître une tumeur mal circonscrite, rénitente, qui paraît résulter d'anciennes adhérences entre quelques circonvolutions intestinales. En interrogeant la malade sur ses antécédens, nous avons appris qu'elle avait éprouvé, il y a six mois environ, une péritonite aiguë, et qu'on lui appliqua à cette époque 40 sangsues sur l'abdomen; depuis ce temps elle a fréquemment éprouvé des douleurs de goutte; les fonctions digestives ont offert différens troubles. Tout porte donc à croire que la tumeur que le toucher fait reconnaître dans l'abdomen est constituée par d'anciennes adhérences, sans qu'on puisse, toutefois, l'affirmer d'une manière absolue. Du reste, rien de particulier du côté de l'utérus; rien n'indique non plus que la névralgie soit de nature rhumatismale, la malade n'ayant jamais éprouvé aucune atteinte de cette dernière affection. C'est très-probablement à la tumeur abdominale que se rattache la névralgie; c'est par conséquent contre elle seule que les moyens thérapeutiques doivent être dirigés.

Erysipèle de la face; marche irrégulière.

Un homme couché au n° 44 de la salle Saint-Lazare, portait au moment de son admission, un érysipèle de la face dont l'invasion remontait à quinze jours. La rougeur, la tension, le gonflement de la peau étaient tellement prononcés, qu'il était permis de douter que la maladie remontât à une époque aussi éloignée. En interrogeant le malade sur les circonstances qui avaient accompagné le début, il raconta que l'érysipèle s'était montré d'abord à la nuque, que de là il s'était propagé au cuir chevelu et aux oreilles, et qu'il avait ensuite gagné la face où il a fini par s'éteindre. Cette marche de l'érysipèle est tout à fait anormale. C'est par la face que débute, dans l'immense majorité des cas, l'érysipèle de cause interne.

Cette observation nous offre donc un exemple d'une variété d'érysipèle qui se rencontre assez rarement dans la pratique.

N° 18. — 11 FÉVRIER

ECOLE ANATOMIQUE DES HOPITAUX.

Cours d'anatomie générale, par M. Serres.

(Sixième leçon.)

Loi de formation des éminences osseuses. Application à la pathologie externe.

Lorsqu'on compare le jeune embryon de l'homme à son développement parfait, l'esprit est frappé des transformations nombreuses qu'éprouvent toutes ses parties pour arriver du point de leur départ au terme où elles s'arrêtent. La volonté la plus ferme chancelle devant les recherches si difficiles que nécessite l'observation de tant de métamorphoses, dans lesquelles l'erreur touche de si près la vérité, qu'à chaque pas la vérité serait méconnue si des règles positives déduites de l'organogénie ne nous dirigeaient pour en faire le discernement.

Je vous ai déjà développé la plupart de ces règles qui m'ont coûté vingt ans de travaux assidus; je vais les terminer dans cette leçon et la suivante par la loi de formation des éminences et par celle de la loi des cavités. Je développerai ensuite le principe de l'endurcissement des organismes, que j'ai nommé schlérogénie, lequel se rattachant plus spécialement à la structure organique, touche de plus près la pathologie interne. Encore ici vous verrez l'application de l'anatomie transcendante à la physiologie, à la chirurgie et à la médecine; vous comparerez et vous jugerez.

Les éminences qui s'élèvent au-dessus de la surface des os ont, dans tous les temps, fixé l'attention des physiologistes. Les mécaniciens se laissèrent trop aller à l'idée que l'action musculaire pouvait seule les produire. Les vitalistes et les animistes, au contraire, dédaignèrent beaucoup trop cette manière de voir. S'il est vrai de dire que dans les paralytiques, les éminences ne s'atrophient pas en raison directe de l'atrophie des muscles, s'il est également incontestable qu'elles ne proéminent pas chez les épileptiques dans une raison proportionnée à l'agitation convulsive du système musculaire, peut-on se refuser d'admettre que l'accroissement du système osseux et celui des éminences en particulier, est assujetti à celui des muscles? Qui ne sait que les diverses professions, en exerçant tels ou tels muscles, en les développant hors de toute proportion avec les autres, impriment aux os sur lesquels ils s'implantent, un accroissement proportionné? Quel est l'anatomiste qui ne distinguera, d'après les éminences, le squelette de l'homme de celui de la femme?

Mais comment se forment ces saillies osseuses? Est-ce un boursouflement de la substance propre des os, analogue à ce qui se passe dans les exostoses vénériennes, comme on l'a avancé? Ou bien toutes ces éminences sont-elles dues à des épiphyses, à des liens de rapport qui viennent se greffer ou s'implanter sur les os? Oui, telle est la loi d'après laquelle se forment les éminences d'articulation et les éminences d'insertion.

Quant à ce qui concerne les éminences d'articulations, le principe que nous vous exposons a été très-anciennement connu des anatomistes dans quelques-unes de ses applications, et méconnu dans un grand nombre d'autres. Ainsi, Vesale avait déjà signalé l'épiphyse de la tête du fémur. Baster, élève d'Albinus, est peut-être le premier qui ait signalé celle de la tête de l'humérus. Ce principe fut plus tard généralisé pour toutes les éminences articulaires des membres, par Platner, Ingrassias et Hébeinstreit; mais les modernes, et Bichat lui-même, ayant laissé la science au point où l'avaient portée ces anatomistes célèbres, personne n'a fait attention à la différence que présentent, sous le rapport de leurs épiphyses de formation, les éminences articulaires simples opposées aux éminences articulaires composées. Les premières doivent leur formation à une seule pièce, à une seule épiphyse. Les deuxièmes, au contraire, se développent par autant de pièces qu'il y a de condyles ou d'éminences distinctes qui les composent.

Les éminences articulaires simples les plus volumineuses sont celles qui composent l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur chez l'homme. Or, la tête de l'humérus est épiphysée chez l'homme vers la fin de la première année; celle du fémur, très-longue à s'unir au reste de l'os, commence à s'ossifier vers les trois premiers mois de la deuxième année, par un seul point situé au centre du cartilage. A quatre ans elle est encore séparée du col qu'elle doit couronner, par une ligne cartilagineuse très-visible, qui se montre encore à 15 et 20 ans sur des sujets rachitiques.

Si les épiphyses de la tête de l'humérus et du fémur sont très faciles à reconnaître, il n'en est pas de même de celle de la clavicule. Il n'est pas rare d'observer l'épiphyse sternale, il est vrai, mais il l'est infiniment de rencontrer l'acromiale d'une manière très-distincte. Le cartilage est si mince, que sur plusieurs centaines de clavicules d'enfans, je ne l'ai vu distinctement que quatre fois. Chez les animaux claviculés, au contraire, chez les quadrumanes, le singe marikina et la taupe en particulier, les deux épiphyses sternales sont bien distinctes. On ne doit pas être surpris par cela même qu'Ingrassias observant des animaux, se prononce pour l'existence des deux épiphyses, dans son commentaire du Traité des os de Galien. Or, l'existence de ces épiphyses avait été niée par Albinus. Ungebauer, Platner, au contraire, avaient rencontré l'épiphyse sternale seulement.

Les condyles du maxillaire inférieur articulaire, les condyles occipitaux, les éminences articulaires des côtes, etc., sont également épiphysés dans le jeune âge, ainsi qu'une infinité d'anatomistes l'ont observé. Il en est de même de la tête du marteau, qu'aucun observateur n'a essayé de rapprocher des os des membres. Cette tête est reçue dans la cavité articulaire de l'enclume qui, à son égard, joue le rôle de la cavité glénoïdale

du scapulum pour la tête de l'humérus, de la cavité cotyloïde pour le fémur. La tête articulaire du marteau ne commence à devenir osseuse que vers la fin du troisième mois de la vie utérine. A trois mois et demi, et assez souvent sur la fin du quatrième mois, elle est encore très-distincte de l'éminence d'insertion du même os. Au cinquième elle est toujours confondue avec cette dernière.

Vous venez de voir, par les préparations que nous avons fait passer sous vos yeux, que les éminences articulaires simples sont primitivement épiphysées et formées par une seule pièce. Les éminences articulaires composées, au contraire, ont autant d'épiphyses qu'il y a de condyles. Nous allons faire aux deux éminences les plus compliquées du corps humain, savoir celles du fémur et de l'humérus, l'application de ce principe.

Avant que je fisse connaître mes recherches sur l'ostéogénésie, on n'admettait généralement qu'une seule pièce de développement pour les deux condyles fémoraux de l'homme, et la promptitude de leur réunion justifiait en quelque sorte cette erreur. Pour mettre en évidence les deux noyaux osseux qui correspondent chacun à l'un des condyles, il faut couper longitudinalement le cartilage intérieur du fémur d'un fœtus à terme, on trouve au centre deux grains osseux séparés par une ligne cartilagineuse interposée entre eux. Ces deux noyaux grossissent chacun de leur côté, et restent encore séparés dans les premiers mois de la vie. Chez le bœuf, le cheval, l'ânon, le chevreau, et surtout chez le phascolome, les deux pièces condyloïdiennes du fémur sont longtemps distinctes, et leur réunion se fait en arrière, sous la forme d'une gouttière alongée.

L'extrémité inférieure de l'humérus a, comme l'extrémité inférieure du fémur, deux condyles articulaires très-distincts, quelquefois trois. Chacun de ces condyles est formé par une pièce ou une épiphyse séparée primitivement du corps même de l'os. Chez l'homme, les pièces de formation des condyles restent très-longtemps séparées. Le condyle externe le plus considérable est celui qui se forme le premier; il ne paraît pas avant le milieu de la deuxième année, grossit beaucoup jusqu'à la quatrième année, époque à laquelle l'interne commence à s'apercevoir. Ces deux pièces se réunissent de la deuxième à la dixième année, époque à laquelle l'éminence articulaire paraît terminée. Ainsi donc, les éminences articulaires composées sont formées par autant d'épiphyses qu'il y a de condyles.

Mais les éminences qui hérissent la surface des os ne servent pas toutes aux articulations. Le grand et le petit trochanter au fémur, la grande et la petite tubérosité de l'humérus, etc., donnent attache, ainsi que vous le savez, à une infinité de muscles, qu'il serait trop fastidieux de vous énumérer Or, le grand et le petit trochanter du fémur, l'éminence coronoïde, l'apophyse mastoïde, l'éminence ischiatique, l'éminence calcanéenne, etc., sont primitivement épiphysés. Les préparations que vous avez sous les yeux ne laissent aucun doute à cet égard. Il en est de même de l'olécrâne, également épiphysé chez l'homme, ainsi que chez le chien, le chat, le loup, le bœuf, le lapin, etc. Chez la chauve-souris, l'épiphyse olécrânienne, entièrement détachée du cubitus, constitue une véritable rotule supérieure, ainsi que l'a observé avec beaucoup de sagacité un jeune naturaliste qui marche si dignement sur les pas de son illustre père, M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

L'application de l'étude des épiphyses à la pathologie n'est pas un sujet nouveau. M. A. Séverin, Paré, Eysson, Heister, Palfin, l'avaient déduite de l'examen du cadavre; mais Platner est le premier qui ait averti les praticiens de la prendre en considération dans l'examen des luxations et des fractures qui surviennent chez les enfans. Sandifort se plaignait du peu d'attention que l'on faisait de son temps aux observations de Platner. Le même reproche subsisterait encore de nos jours si M. Lisfranc n'eût imaginé plusieurs procédés nouveaux de chirurgie fondés sur la connaissance des épiphyses et sur nos lois de l'ostéogénie. Les plus remarquables, publiées il y a quelques années dans la Revue médicale, sont :

1° Un nouveau procédé pour l'amputation dans les articulations métacarpo et métatarso-phalangiennes; 2° un nouveau procédé pour les amputations partielles du pied chez l'enfant; 3° un procédé nouveau pour l'amputation dans l'articulation des phalanges. Ces procédés sont une application rigoureuse des faits que je viens de vous exposer.

Sans la connaissance de ces faits, comment concevoir le décollement des épiphyses dont la science a recueilli un si grand nombre d'exemples? Si le décollement survient d'une manière spontanée, il se lie le plus souvent à une cause morbide interne, comme Heyne, Van-Swieten, Avicenne, Hebenstreit, M.-A. Séverin, Marchettus, Astruc, Poupart en ont rapporté des cas, qui souvent pourraient être considérés comme des luxations épiphysaires selon la remarque de Van-Swieten. On doit au contraire rapporter aux fractures les cas de décollement par violence extérieure, analogues à ceux rapportés par Paré, Van-Swieten, Petit, Duverney et Lamotte. Mais dans les uns comme dans les autres, la délimitation de la maladie est donnée par la position du cartilage inter-épiphysaire, et c'est sur la connaissance de ce cartilage que repose la certitude du diagnostic.

N° 19. — 13 FÉVRIER.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. ANDRAL.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. E. LERIVEREND.

Hémorrhagie des centres nerveux.

(Suite du numéro 10).

Les fonctions de la vie nutritive sont influencées par les hémorrhagies des centres nerveux; passons en revue les divers troubles qu'elles subissent.

La digestion ne présente aucune modification particulière, sauf les cas de complication : nous devons cependant noter une constipation plus ou moins opiniâtre; mais nous avons déjà signalé ce fait en parlant des muscles du rectum, dont la contractilité est diminuée ou abolie alors; la muqueuse semble aussi devenir moins sensible, et l'on est étonné, dans ce cas, de la facilité avec laquelle sont supportés des purgatifs à des doses qui n'auraient certainement pas été souffertes avant.

La circulation n'offre rien de bien précis ni de bien constant; l'état du pouls ne peut donner lieu à aucune considération générale. Quelquefois, au moment de l'hémorrhagie, il est fort, tendu, vibrant; d'autres fois il est petit, faible, mou, fuyant; et ces caractères du pouls doivent être pris en grande considération dans le traitement.

On a signalé de remarquables modifications dans la circulation capillaire, et on a donné à l'état de ces vaisseaux à la face une grande importance comme signe servant à indiquer la nature séreuse ou sanguine du liquide épanché. Mais ces propositions ne sauraient avoir cours, puisque tous les individus atteints d'hémorrhagie n'ont pas la face colorée; qu'il en est, au contraire, qui l'ont d'une pâleur remarquable.

On observe assez souvent dans l'hémorrhagie des centres nerveux une suffusion sanguine des conjonctives; et l'épanchement de sang dans l'encéphale est souvent aussi précédé de divers écoulemens de même nature par des ouvertures muqueuses.

La respiration n'est pas notablement influencée dans les cas d'hémorrhagie peu considérable des hémisphères.

Il n'en est pas de même de celle du mésocéphale, quelque faible qu'elle soit, ainsi que de celle du bulbe rachidien; la moindre lésion de ces parties modifie de suite et d'une manière directe l'appareil respiratoire.

On n'a pas fait sous ce rapport de recherches spéciales relatives aux hémorrhagies du cervelet.

Nous venons de dire que si l'hémorrhagie hémisphérique est faible, on n'observe rien du côté de la respiration; mais si l'épanchement dans les hémisphères est considérable, la fonction dont nous parlons sera modifiée aussi fortement qu'elle l'est dans l'hémorrhagie du mésocéphale et du bulbe rachidien.

Sécrétions. — Il n'y a rien sous ce rapport, de bien particulier à dire, si ce n'est pour l'urine, dont l'excrétion est empêchée par la paralysie vésicale dont nous avons parlé plus haut.

Organes de la génération. — Il y a longtemps que les observateurs ont été frappés de ce fait; savoir, que l'érection se produit dans certaines hémorrhagies. On ne se rendait pas compte de ce phénomène, et on l'avait assimilé à ce qui se passe dans la strangulation; on l'attribuait à l'asphyxie et à la turgescence du système veineux; mais Gall vint, qui mit l'action des organes générateurs sous la dépendance du cervelet; et quelques observateurs partant de là, cherchèrent à prouver que l'érection se manifestait quand c'était le cervelet qui était le siége de l'hémorrhagie. Existe-t-il beaucoup de faits en faveur de cette opinion? On a publié sept cas où la coïncidence de l'érection et de l'hémorrhagie cérébelleuse avait eu lieu (et disons tout de suite que cette érection a été constatée dans des hémorrhagies autres que celles du cervelet).

Dans les sept cas cités, c'était le lobe médian qui était affecté. Six de ces observations appartiennent à M. Serres, qui les a consignées soit dans son anatomie du cerveau, soit dans le journal de physiologie de M. Magendie. Un autre cas dû à M. Guyot avait aussi pour siége le lobe médian. Un de ceux de M. Serres a trait à une femme qui portait une hémorrhagie du lobule médian du cervelet, et qui présenta du côté des organes génitaux des phénomènes bien remarquables, puisqu'âgée de soixante-dix ans, elle vit réapparaître ses règles, et qu'elle mourut l'utérus plein de sang, et les trompes et les ovaires injectés.

Les faits précédens sont uniques, et M. Andral n'a pas trouvé un seul cas où des accidens du côté des organes génitaux aient coïncidé avec une hémorrhagie des lobes latéraux du cervelet.

Mais souvent, quand il y a altération du lobe médian, la moelle alongée sur laquelle il repose participe à la maladie, de façon qu'alors il est difficile de dire d'où partent les symptômes.

D'un autre côté, tandis qu'il y a paralysie de la sensibilité et de la motilité dans les membres et ailleurs, c'est un état tout opposé à la paralysie, l'érection qui se produit dans les organes génitaux.

D'ailleurs, cette érection est produite sans lésion du cervelet, comme par exemple, dans certaines myélites; M. Ségalas a pu, en touchant avec des aiguilles la moelle en un point déterminé, produire l'érection et même l'éjaculation.

Des produits accidentels, des ramollissemens, etc., ont donné dans certains cas, quelque chose du côté des organes génitaux; mais nous nous occupons spécialement ici de l'hémorrhagie.

Nous bornons là ce que nous avions à dire sur les symptômes ordinaires de l'hémorrhagie des centres nerveux; mais ces symptômes ne se présentent pas toujours aussi bien caractérisés que nous les avons décrits; ils peuvent se compliquer d'autres phénomènes, ou être remplacés par des symptômes nouveaux, lesquels peuvent avoir leur source dans les centres nerveux eux-mêmes ou dans d'autres organes qui viennent alors ajouter leur lésion aux désordres primitifs.

1° *Du côté des centres nerveux.* — Des troubles différens de ceux qui se voient d'ordinaire, peuvent se rencontrer dans l'intelligence ou dans les mouvemens : ainsi, chez certains individus ce sont des contractures que l'on ne doit pas regarder uniquement comme l'effet de l'épanchement, mais qui tiennent aussi à l'inflammation développée autour du foyer; d'autres fois on observera des convulsions par intervalles, dans les membres paralysés seulement.

Quelquefois un côté du corps étant paralysé, l'autre est en proie aux convulsions; mais ici encore les con-

vulsions ne dépendent pas de l'hémorrhagie, car leur existence n'est qu'une exception; elles sont une suite de l'inflammation des meninges voisines. Mais ces convulsions tiennent-elles toujours à un état phlegmasique? Lorsqu'on vient à saigner certains individus atteints d'apoplexie, on voit quelquefois, pendant que le sang coule, des convulsions effroyables prendre naissance, et mettre dans l'obligation de fermer l'ouverture de la veine. Dans ces cas, la saignée n'a pas produit l'inflammation certainement; mais les convulsions ont été engendrées par une soustraction trop grande de sang.

Autres désordres de mouvement moins ordinaires encore. — M. Andral a vu trois fois des individus qui, plus ou moins longtemps avant l'époque à laquelle on les observait, avaient été atteints d'hémorrhagie cérébrale, et ces individus étaient depuis lors tourmentés par un besoin singulier de marcher continuellement devant eux, et cet acte était de temps en temps interrompu par le besoin d'une marche en sens tout opposé, c'est-à-dire que ces malades par intervalles ne pouvaient résister à une force qui les poussait à toujours reculer; et l'une de ces modifications du mouvement peut paraître isolement sans jamais se compliquer de l'autre.

Comment expliquer ces curieux phénomènes? M. Magendie, en coupant dans ses expériences la partie des hémisphères qui se trouve derrière les corps striés, ou en rendant ces ganglions eux-mêmes l'objet de la section, a déterminé chez des animaux la progression irrésistible en avant; si, au contraire, il enlevait le cervelet, il voyait ces animaux reculer incessamment comme s'ils eussent voulu fuir un objet qui les effrayait.

Y a-t-il quelque chose d'analogue à ces lésions artificielles dans le cerveau des apoplectiques qui présentent les mêmes phénomènes? A-t-on trouvé des lésions en rapport avec cette aberration de motilité? M. Andral ne pense pas que des observations semblables aient été bien constatées chez l'homme; si ce n'est pourtant dans un cas où une lésion du cervelet fut rencontrée chez un individu qui avait présenté pendant la vie cette tendance continuelle à reculer; d'ailleurs, ce penchant à avancer ou à reculer involontairement est extrêmement rare.

Quelquefois l'hémorrhagie a été trouvée dans un des pédoncules du cervelet. On sait que, d'après les expériences du même professeur, si on incise les pédoncules cérébelleux d'un animal, cet animal se prend à tourner sur lui-même jusqu'à ce qu'il soit épuisé. Eh bien, M. le docteur Serres a trouvé, sur le cadavre d'un individu qui avait présenté ce tournoiement, une hémorrhagie au centre du pédoncule droit: ce fait est unique dans la science, à la connaissance de M. Andral.

Nous avons dit qu'il y avait aussi vers l'intelligence à relater des phénomènes insolites, c'est-à-dire différens de ceux qui se montrent dans le plus grand nombre des cas; ce sont, par exemple, un délire violent qui annonce une complication phlegmasique du cerveau ou des méninges, et pouvant se montrer au début de l'hémorrhagie ou quelques jours après son invasion. On peut encore observer une hébétude, une somnolence plus prononcée que celle dont nous avons parlé en décrivant les symptômes ordinaires.

Si nous cherchons maintenant hors du cerveau et de ses enveloppes, nous verrons pendant l'hémorrhagie des centres nerveux, se développer des phlegmasies aiguës ou chroniques des différens organes, et ces phlegmasies présenteront une physionomie toute spéciale, en rapport avec la lésion cérébrale; ce sera l'état adynamique résultant de la compression chez ces individus où la vitalité est altérée; ce sera avec la plus grande facilité que se manifesteront des escarres dans les parties sur lesquelles ils resteront appuyés quelque temps.

Durée de l'hémorrhagie des centres nerveux. — Cette durée variera quel que soit le siége de la lésion. Il est rare qu'elle tue sur-le-champ; il y a toujours un intervalle entre l'épanchement et la mort: ainsi un quart-d'heure, une heure, 2, 3, 4, 5 heures, etc.; le plus souvent cet intervalle est plus long, et quand vous verrez un individu mort comme frappé de la foudre, n'en concluez pas à une hémorrhagie cérébrale, car cela ne se rencontre même pas avec une apoplexie mésocéphalique; soupçonnez plutôt une rupture des gros vaisseaux ou du cœur. Quelquefois dans ces cas on ne trouve rien du tout, et alors on crée des hypothèses, mais elles sont faites le plus souvent ou de mauvaise foi, ou par des gens qui n'ont pas bien vu.

Marche. — Souvent, une fois qu'elle a commencé, elle fait des progrès constans en bien ou en mal.

Quelquefois, de son invasion à la mort elle se compose d'une série d'amélioration ou d'états pires.

Les rechutes sont très-fréquentes, et il est bien rare qu'un individu frappé une fois d'hémorrhagie ne finisse pas tôt ou tard par périr apoplectique.

Pronostic. — L'hémorrhagie des centres nerveux est grave par elle-même, et par ses fréquentes et faciles récidives.

Du reste, cette maladie présente de nombreuses variétés résultant:

1° De son siége qui peut être dans le mésocéphale, dans les hémisphères, dans le cervelet, dans la moelle.

2° De la nature de ses symptômes: ainsi elle est avec ou sans perte de l'intelligence, avec ou sans prodromes.

3° De l'intensité de ces mêmes symptômes, ce qui la fera distinguer en faible, en moyenne et en forte; cette ancienne division est bonne à conserver.

4° Des complications qui ont leur siége ou dans la pulpe, ou dans les membranes cérébrales, ou dans d'autres organes de l'économie.

Traitement. — On peut le distinguer en celui de l'attaque; en celui des accidens qui suivent l'attaque, et en celui qu'on peut appeler préservatif.

1° *Traitement de l'attaque.* — Le moyen fondamental consiste dans les émissions sanguines qui doivent être faites larges et abondantes, générales et locales, mais le plus souvent générales, et on en obtient plusieurs effets: elles sont un obstacle à la continuation de l'hémorrhagie, et elles enlèvent les congestions qui tendent à se faire dans tout le cerveau et qui font plutôt mourir que l'hémorrhagie elle-même. Elles préviennent les

inflammations que l'on verrait se développer d'une manière plus ou moins prompte et plus ou moins forte. En outre, la saignée favorise la résorption du sang épanché.

Les uns veulent qu'on ouvre les veines du bras; d'autres celles du col; d'autres celles du pied : la saignée de ces dernières présente souvent des difficultés, et il est toujours plus facile de tirer du sang du bras quand et comme on veut. Morgagni et d'autres avaient conseillé la piqûre des artères occipitales.

Ce qu'il y a d'important, c'est de tirer beaucoup de sang; il ne faut pas craindre d'en enlever une livre d'abord, et les Anglais vont même jusqu'à deux livres tout d'un coup.

Mais faut-il toujours saigner, et revenir sans cesse sur ce moyen? M. Andral pense, et c'est sa pratique, qu'il faut faire deux, trois, quatre saignées; mais si les symptômes ne cèdent pas et que le malade faiblisse trop, le coma ne fera que s'accroître par la répétition des évacuations sanguines.

M. Andral a vu des individus n'ayant eu que quelques sangsues; et d'autres auxquels on n'avait administré qu'un lavement peu irritant, et qui restaient dans le stertor pendant trois jours, au bout désquels tout disparaissait, excepté la paralysie; cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas saigner; mais M. Andral pense qu'un état comateux peut s'améliorer sans saignées, et que des saignées trop copieuses peuvent aggraver les accidens. Et il en est de même pour tous les organes dans les phlegmasies desquels, passé une certaine limite, les saignées ne font plus rien ou augmentant le mal. A l'état de maladie comme à l'état physiologique, il faut un certain temps pour arriver à un terme funeste ou à une heureuse issue; il faut à la nature un certain degré de forces pour la résolution et la résorption du caillot; les saignées dans une juste mesure peuvent favoriser ce travail; portées trop loin elles l'empêchent. S'il est une maladie dans laquelle la nature seule puisse faire d'admirables efforts pour réparer les désordres produits, c'est dans l'hémorrhagie du cerveau.

On a plus d'une fois donné issue au sang artériel dans la maladie qui nous occupe. On a vanté les bons effets de l'artériotomie de la temporale, mais il n'y a pas de faits assez nombreux, et M. Andral préfère de beaucoup l'ouverture de la veine. Un médecin américain a ouvert la radiale au poignet et son malade a guéri; cependant sa conduite ne doit pas être imitée.

On peut employer dans certaines circonstances les sangsues aux cuisses, à la vulve ou à l'anus.

Il faut tenir la tête découverte et l'arroser de temps en temps d'eau fraîche; l'emploi de la glace exige de grandes précautions.

Révulsifs. — On peut révulser à la peau ou sur le canal intestinal par la bouche et le rectum: il faut s'abstenir de vomitifs qu'on avait longtemps et à tort regardés comme favorables.

2° *Traitement des accidens qui suivent l'attaque.* — Peut-on combattre directement la paralysie? Evidemment non, puisque ce n'est qu'un symptôme. Cependant, il arrive un moment où, loin de l'époque de l'attaque, et lorsqu'on pense que tout le caillot est résorbé, on peut stimuler directement les membres paralysés ou les plexus nerveux qui se rendent à ces membres; et ce qui porte à donner ce conseil, c'est qu'on a vu chez des individus morts paralysés, longtemps après l'invasion hémorrhagique, absence de toute lésion, ou des lésions presque imperceptibles dans le cerveau; la paralysie ne s'était sans doute, dans ce cas, perpétuée que parce que les malades avaient perdu l'habitude des mouvemens sans chercher à la retrouver plus tard.

L'électricité et la noix vomique employées trop tôt peuvent rappeler l'hémorrhagie et donner immédiatement la mort.

On a employé encore dans ce même sens, c'est-à-dire contre les paralysies anciennes, les eaux minérales sous toutes les formes et les douches simples.

Chez les individus où toute phlegmasie tend à prendre le caractère adynamique, M. Andral se trouve habituellement bien de donner de légers toniques, des amers, des ferrugineux, portant alors son attention moins sur l'état du cerveau que sur l'état général; les moyens que nous venons de citer redonnent à l'économie la force nécessaire à la résorption qu'on désire.

3° *Les moyens préservatifs* se réduisent à saigner de temps en temps les individus qui présentent des signes de congestion cérébrale ou de tendance à cette congestion. Sans cette condition, les saignées dites de précaution sont inutiles, il en est de même des exutoires.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Treizième leçon, 29 janvier.)

Il y a dans le mécanisme de la voix une foule de phénomènes qui appartiennent à une mécanique si élevée, que jusqu'à présent la plupart de nos théories pour les expliquer ont échoué complétement.

La physiologie expérimentale seule a pu arriver très avant dans l'explication de plusieurs de ces phénomènes.

Dans ce cas elle est bien plus avancée que la phrénologie; car jusqu'ici on n'a pu obtenir par des expériences pour la phrénologie, ce qu'on obtient assez facilement maintenant pour plusieurs phénomènes relatifs au mouvement et à la sensibilité.

L'anatomie, dans plusieurs expériences, ne peut rendre raison des phénomènes que l'on obtient. C'est ainsi que la lésion d'un point du cerveau détermine quelquefois sur des lapins une lésion dans laquelle un œil se trouve dirigé en haut, et l'autre, au contraire, est placé en bas.

Quoique l'anatomie ne puisse pas nous faire connaître les points lésés et la relation qui existe entre le point

blessé et le trouble du mouvement des yeux, il ne faut pas moins se livrer aux études anatomiques avec le plus grand soin, parce que ce que nous ne connaissons pas à présent pourra l'être plus tard, en ne cessant de se livrer aux recherches les plus suivies et les plus minutieuses sur la structure de nos organes.

Mais j'abandonne ces considérations théoriques, qui me conduiraient trop loin pour reprendre ma marche accoutumée, qui est de procéder au moyen des expériences.

Nous nous occuperons donc aujourd'hui de la disposition des nerfs de la face.

Le nerf facial, ou portion dure de la septième paire, sort du temporal par le trou stylo-mastoïdien, et de là va se répandre dans la plupart des muscles de la face.

Un deuxième nerf est celui de la cinquième paire, qui présente dans le crâne un plexus, un véritable ganglion baigné dans le liquide cérébro-rachidien, comme je l'ai déjà dit, et sort du crâne par le trou maxillaire supérieur pour se rendre de là par trois branches au front, aux diverses parties de l'œil, aux deux mâchoires et aux parties molles qui les recouvrent.

Les travaux de Sœmmering sur la disposition des filets nerveux de la cinquième paire, ne l'ont pas conduit cependant à soupçonner quels étaient ses usages. Charles Bell le premier a fait connaître les fonctions de ces nerfs.

M. Magendie met à découvert, sur un jeune lapin, le nerf facial ou de la septième paire du côté gauche.

Après avoir démontré par plusieurs épreuves que la sensibilité existe au même degré des deux côtés, il dit que les effets de la section de ce nerf sont d'autant plus marqués que l'animal a une physionomie plus mobile; il pince ce nerf, le coupe, et prouve ainsi qu'il n'est pas sensible. Ce résultat une fois connu, il était naturel de penser que puisqu'il existe deux systèmes de nerfs venant du cerveau et se rendant à la face, dont l'un n'était pas pourvu de sensibilité, l'autre devait l'être nécessairement. Mais ce raisonnement, tout plausible qu'il était, ne suffisait pas, il fallait expérimenter; c'est ce que fit Ch. Bell. Il opéra la section de ce nerf à sa sortie des os au trou sous-orbitaire, au trou ou à l'échancrure qui existe à la partie supérieure du contour de l'orbite.

M. Magendie, en répétant ces expériences, les a modifiées, et dit que les résultats obtenus en poursuivant ces recherches lui ont paru dépasser tout ce qu'on pouvait imaginer des propriétés d'un nerf. Au lieu d'opérer la section au-dehors du crâne, il la fait en dedans du crâne. Ce mode de procéder est infiniment supérieur à celui de Ch. Bell, et donne des résultats bien plus complets.

Mais il n'est pas à beaucoup près aussi facile, parce que l'expérience peut se compliquer beaucoup par la lésion de l'artère carotide interne ou des sinus cérébraux, ce qui donne lieu à des épanchemens, ou bien parce que la section est faite incomplétement.

—

(Quatorzième leçon, 3 février.)

Il y a dans la face une autre espèce de sensibilité que celle qui a rapport aux mouvemens et à la sensibilité tactile ou sensibilité proprement dite : c'est celle des sensations du goût, de l'odorat, de la vision. Les philosophes, les idéologues ont surtout parlé de ce dernier mode de sensibilité et l'ont interprété de différentes manières, suivant les théories qu'ils avaient imaginées pour se rendre compte des phénomènes de l'intelligence.

M. Magendie montre un jeune lapin sur lequel la cinquième paire a été coupée dans l'intérieur du crâne, il y a quatre jours, et il fait remarquer les phénomènes d'inflammation et l'opacité de la cornée qui se sont opérées par suite de cette lésion.

Ces phénomènes ont lieu constamment; ils démontrent combien les idées que l'on a de l'inflammation sont peu basées, puisque dans toutes les explications données par les auteurs sur les phlegmasies, on pense que l'excitation, l'exaltation des nerfs détermine la phlogose; tandis que dans cette opération, dans laquelle on suspend l'action nerveuse, on observe des phénomènes inflammatoires assez rapides et violens.

Chacun sait combien les orifices des paupières, des narines, de la bouche sont doués d'une sensibilité vive, exquise, que l'on retrouve également prononcée au plus haut degré à l'ouverture de la glotte.

Il est facile de concevoir toute l'importance de cette exaltation de la sensibilité pour préserver ces différentes parties de l'introduction de corps étrangers qui, introduits tout à coup, pourraient déterminer des accidens.

Il s'agit de savoir maintenant si cette sensibilité générale est la seule qui existe dans les narines, par exemple.

Eh bien, si l'on pique, si l'on coupe la membrane pituitaire du côté où l'on a pratiqué la section de la cinquième paire, l'animal ne donne aucun signe de douleur. Le contact de la vapeur d'ammoniaque et l'application même de l'ammoniaque liquide ne paraissent pas déterminer la moindre sensation, et il est facile d'acquérir cette certitude en répétant les mêmes essais du côté sain : l'animal ne peut alors supporter la moindre irritation sans se débattre et crier. Il en est de même de la langue, des lèvres, du palais, des gencives, des paupières et de la surface du globe oculaire : la sensibilité est complétement anéantie du côté qui est le siége de la section du nerf.

Un fait à noter, c'est que la ligne médiane du corps limite ces actions. Ce résultat, qui a lieu pour les nerfs qui partent du cerveau au-devant de la moelle alongée, n'a plus lieu pour ceux qui chez l'homme offrent quelques faisceaux distincts d'entrecroisement à la partie antérieure et supérieure de la moelle épinière.

Le conduit auditif ne peut pas être placé sur le même niveau que les autres orifices sous le rapport de la sensibilité; il la conserve malgré la section du nerf de la cinquième paire.

Ayant mis à découvert un nerf de la septième paire sur un jeune chien après l'avoir bien isolé et soulevé, M. Magendie montre, en la pinçant, que cette paire de nerfs n'est pas dépourvue de sensibilité, bien qu'elle soit beaucoup moins prononcée que dans la cinquième paire : l'animal en effet poussa quelques cris et se débattit lorsque la pression eut lieu. Cette sensibilité offre cela de particulier, cependant, qu'elle ne peut s'exercer pleine et entière que sous l'influence de l'action de la cinquième paire, et, pour le prouver, le professeur, après avoir perforé le crâne au-devant de la portion pierreuse de l'os temporal, fait la section de la cinquième paire ; de nouvelles pressions étant alors exercées sur la septième paire, celle-ci ne donne plus de marque de sensibilité.

Ce résultat démontre d'une manière évidente, dit M. Magendie, que la sensibilité de la septième paire dépend de l'intégrité de la cinquième. (1)

N° 20. — 16 Février.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

Clinique de M. Rostan.

Effets avantageux du séton dans quelques affections chroniques graves de la poitrine ; dangers des saignées abondantes longtemps après le début de la pneumonie.

M. Rostan, après avoir entretenu ses élèves de plusieurs malades actuellement dans ses salles, appelle l'attention sur l'un d'entre eux qui fut admis, il y a trois ans, à l'Hôtel-Dieu. Cet homme était affecté, selon lui, de phthisie pulmonaire; l'auscultation ayant démontré d'une manière évidente l'existence de cette affection, qui semblait ne laisser aucun espoir, M. Rostan recourut, en désespoir de cause, à l'application d'un séton sur la poitrine. Le malade a survécu trois ans à l'emploi de ce moyen, et aujourd'hui, quoiqu'il ne soit pas guéri, cependant il offre un certain embonpoint et un état général assez satisfaisant.

M. Rostan fut consulté par un médecin âgé de 35 ans, dont il fait connaître le nom et la demeure : ce confrère se plaignait d'une toux à laquelle il était en proie depuis un mois. Le malade offrait un état général qui semblait indiquer l'intégrité parfaite de tous les organes : il y avait de l'embonpoint, une bonne coloration du tégument externe; M. Rostan le rassura, et lui prescrivit l'usage de boissons émollientes.

Le malade revint quelque temps après, et manifesta les plus vives inquiétudes ; mais comme son aspect général était loin de faire soupçonner la gravité de sa maladie, le professeur l'examina superficiellement, et lui conseilla de nouveau l'emploi d'une médication insignifiante.

Cependant le malade revint une troisième fois : alors, sa constitution était visiblement altérée : l'auscultation et une exploration attentive ne laissèrent aucun doute sur l'état de ses poumons. M. Rostan conseilla l'emploi d'un séton sur la poitrine ; dès lors les symptômes s'amendèrent, et ce remède a si bien réussi, que ce médecin peut se livrer aujourd'hui à sa pratique médicale qu'il avait été forcé de suspendre.

M. Rostan cite plusieurs autres observations qui confirment l'efficacité du séton dans la maladie qui nous occupe. En voici une qui est remarquable.

Madame..., marchande de tapis, passage Choiseul, était affectée de cavernes dans l'organe respiratoire ; appelé en consulation, le professeur proposa l'emploi du séton ; M. Gauthier de Claubry, qui était présent, plaida avec chaleur contre cette médication : « Il serait inhumain, dit ce praticien, d'opposer un remède aussi douloureux à une affection arrivée à son apogée, et qui ne laisse aucun espoir. » Cependant le séton fut appliqué et la malade fut arrachée à une mort certaine.

M. Rostan montre à ses élèves un poumon hépatisé. La malade était restée huit jours sans mettre en usage aucune médication ; elle vint à l'hôpital, où elle succomba. Hippocrate ne voulait pas qu'on saignât huit jours après l'invasion du mal ; mais le médecin de Cos exagérait le peu d'efficacité des saignées longtemps après le début des maladies. M. Rostan est avec raison partisan de la saignée dans la pneumonie, et la preuve c'est qu'un malade qui est actuellement dans ses salles, et qui souffrait d'une pneumonie intense, a été saigné cinq ou six fois, et a eu plusieurs applications de sangsues ; mais il s'élève avec force contre les émissions sanguines exagérées ; car, dit-il, après une grande déplétion du système circulatoire, l'absorption se fait avec moins d'énergie; et alors, à mesure que le sang arrive dans le poumon, ce liquide stase dans cet organe, et on arrive à un résultat inverse de celui qu'on attendait. Cette doctrine ne s'applique qu'aux pneumonies qu'on ne commence à traiter que longtemps après l'invasion ; car si elles sont vigoureusement traitées au début, cette médication active, mais prudente, sera avantageuse. M.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Quinzième leçon, 6 février.)

M. Magendie montre un jeune lapin vivant, sur lequel la section de la cinquième paire a été opérée il y a quelques jours ; non-seulement l'œil s'est enflammé, la cornée a perdu sa transparence, mais elle est le siége d'ulcérations.

(1) La septième paire est un nerf du mouvement, et sa sensibilité ne peut s'expliquer que par l'accollement de filets de la cinquième qui traversent la portion pierreuse du temporal pour se joindre au tronc du nerf facial à son passage dans cet os, ou bien par l'accollement de quelques filets de la cinquième paire aux divisions du facial après sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

(*N. du R.*)

Le nerf de la cinquième paire, que les anciens ont nommé le sympathique de la tête, dénomination trop peu sévère pour rester aujourd'hui dans le langage scientifique, prend naissance à la partie antérieure de la moelle alongée, dans un point qui répond aux parties qui semblent plus particulièrement présider aux mouvemens.

Une des branches de ce nerf dont les faisceaux ne tardent pas à former un ganglion, ne traverse point ce ganglion, et va se porter au muscle masséter. Le premier faisceau qui le sépare du ganglion constitue la branche ophthalmique, pénètre dans l'orbite par la fente sphénoïdale, et envoie un rameau très-distinct qui pénètre dans les cavités nasales par le trou antérieur de la paroi interne de l'orbite.

Une autre branche se rend à la glande lacrymale, sort par l'échancrure orbitaire et se répand sur la conjonctive, les paupières et une partie du front. Une autre branche passe par le trou maxillaire supérieur, passe dans le canal qui existe au plancher de l'orbite, et sort par le trou sous-orbitaire pour se rendre dans l'épaisseur de la joue sur les parois du nez. D'autres filets qui se portent au ganglion sphéno-palatin vont se rendre à la partie interne des fosses nasales, et communiquent avec la partie antérieure du palais au moyen des filets qui partent du ganglion naso-palatin.

Quant à la troisième branche, qui sort par le trou maxillaire inférieur, elle se rend à l'os maxillaire inférieur, dans le canal duquel elle se divise en une foule de filets qui se portent aux racines des dents, et sort par le trou mentonnier. D'autres filets se rendent à la langue.

Un fait qu'on ne doit pas passer sous silence, ce sont les anastomoses qui ont lieu entre des filets de la cinquième et de la septième paire; des dissections attentives et minutieuses sur ce point offriraient beaucoup d'intérêt, et feraient sans doute beaucoup mieux connaître les rapports qui existent entre ces deux nerfs.

Un autre nerf, qu'on nommait autrefois tubercules mamillaires, forme une masse grisâtre qui est logée dans les deux gouttières que présente la lame criblée de l'éthmoïde, et naît de la partie intérieure du lobe antérieur du cerveau par trois racines blanches.

Avant les recherches de Schneider, on soupçonnait à peine que ce nerf fournît un très-grand nombre de filets aux fosses nasales; mais non-seulement les travaux de Schneider, mais les belles dissections de Scarpa ont fait connaître la disposition de ces filets nerveux dans une grande partie des masses latérales de l'ethmoïde, de la cloison moyenne des fosses nasales et des cornets.

Il s'agissait de savoir si ce nerf avait des propriétés de sensibilité générale ou d'une sensibilité particulière et distincte de celle que je viens d'indiquer.

La voie expérimentale seule pouvait éclairer cette question. Après avoir mis à découvert l'extrémité antérieure des lobes cérébraux sur de jeunes animaux, j'ai irrité et détruit la substance des masses olfactives, sans que les animaux aient jamais manifesté aucun signe de sensibilité.

Il est nécessaire, avant de procéder à cette expérience, de bien connaître la disposition des fosses nasales et du crâne avant de faire l'ouverture dans l'endroit le plus convenable; il peut se faire aussi que, lorsqu'on porte dans les gouttières ethmoïdales l'instrument destiné à détruire le nerf olfactif, on atteigne le rameau nasal de la branche ophthalmique de Willis, ou branche supérieure de la cinquième paire, et alors l'animal donnerait des marques de sensibilité qui pourraient induire en erreur celui qui ne ferait pas attention à cette circonstance.

On acquiert encore, en faisant cette expérience, la certitude que la substance cérébrale ne jouit pas de sensibilité.

(Seizième leçon, 10 février.)

L'étude approfondie des anastomoses nerveuses peut trouver en thérapeutique d'utiles applications. Ainsi, dans quelques lésions de la sensibilité ou du mouvement de la face, il serait très-avantageux de bien connaître les points sur lesquels il faudrait porter les excitations galvaniques ou autres, sur l'efficacité desquelles on compte pour ranimer l'action nerveuse.

Nous traiterons aujourd'hui de la sensibilité dite spéciale, ou propre aux organes des sens.

Nous chercherons à découvrir autant que possible la relation qui existe entre les divisions des nerfs olfactifs et les odeurs. Pour le sens de l'odorat, nous trouvons dans la forme du nez et des fosses nasales, une disposition très-propre, il est vrai, à recevoir une masse plus ou moins considérable d'air chargé de particules odorantes; mais cela ne nous suffit pas pour prononcer sur la sensibilité, sur les fonctions de telle ou telle espèce de nerfs qui se répandent dans la membrane qui tapisse l'intérieur de ces fosses nasales.

Schneider le premier a constaté que les tubercules mamillaires des anciens, ou les bulbes des nerfs olfactifs allant se répandre par une foule de filets dans les cavités nasales, étaient les nerfs de l'olfaction.

Scarpa depuis, s'étant livré à des dissections anatomiques plus minutieuses, a partagé cette opinion de Schneider; mais à l'époque à laquelle cet anatomiste émettait ces idées, on ne s'occupait pas de la recherche de preuves plus directes, plus concluantes.

Des faits de pathologie nous démontrent qu'on peut perdre la sensibilité spéciale, celle qui est générale persistant tandis que jusqu'à présent, on n'a pas observé que, la sensibilité générale étant abolie, l'autre persistât; à moins qu'on n'admette que l'impression des odeurs ne présente des différences suivant les variétés de ces odeurs; car il est bien démontré par une foule d'expériences, que lorsque la cinquième paire est détruite, il n'y a plus sensation de piqûres, de brûlures, ni de vapeur irritantes, etc.

M. Magendie prend des grenouilles, et passant un bouchon de flacon rempli d'ammoniaque au-devant des narines, ces animaux donnent des signes de sensibilité; il sépare ensuite, au moyen d'un bistouri, le bulbe des

nerfs olfactifs du cerveau, et exposant encore les fosses nasales à la vapeur de l'ammoniaque, il obtient le même résultat de sensibilité.

Mais cette impression, de même que la première, peut bien appartenir à la sensibilité générale de la peau; elle n'est donc pas concluante.

Chez les cétacés, où l'on ne trouve pas de nerfs olfactifs, et chez lesquels les nerfs de la cinquième paire se répandent dans les fosses nasales, il serait intéressant de connaître si la sensation de l'odorat s'effectue par la cinquième paire.

Le professeur prend ensuite un jeune chien sur lequel il met à découvert la partie antérieure des lobes antérieurs du cerveau, puis il opère la séparation complète des bulbes olfactifs du cerveau. Avant cette opération, il démontre, en faisant dégager un peu de vapeur d'ammoniaque, que l'animal a parfaitement la sensation de cette odeur.

Si le nerf olfactif est bien l'agent spécial de l'odorat, la sensation des odeurs devra cesser complétement; cette expérience soulève une autre question, qui est de savoir si la cinquième paire de nerfs de sensibilité générale ne donne pas au nerf olfactif la faculté d'exercer son action en lui communiquant une sensibilité peut-être utile à la perception des odeurs.

On pratique quelques points de suture à la plaie faite au front de ce chien, afin d'éviter une irritation trop vive des parties contenues dans le crâne, et de poursuivre cette expérience. On place un peu de fromage devant ce chien; il ne mange pas, ce qui n'est pas surprenant, après la lésion qu'on vient de lui faire. Un instant il paraît flairer un de ces morceaux de fromage; cela peut tenir à l'action de la vue, à l'habitude de flairer, ou peut-être à une section incomplète des bulbes olfactifs.

Si l'animal n'éprouve pas d'accidens trop violens, et qui l'empêchent de manger, on placera de la viande auprès de lui sans qu'il la voie, et l'on s'assurera mieux alors de la nature des impressions qu'il éprouvera.

M. Béclard a donné à M. Magendie une pièce d'anatomie pathologique dans laquelle un tubercule très-développé au-dessus de la lame criblée de l'ethmoïde avait détruit les racines des nerfs olfactifs chez un malade qui mourut à l'hôpital de la Pitié.

Jusqu'à présent les faits d'anatomie pathologique n'ont pas éclairé cette question. Ce fait est opposé à l'opinion de l'indépendance d'action des deux espèces de nerfs. Il est donc indispensable de poursuivre les recherches qui peuvent mettre fin aux doutes qui existent à cet égard.

N° 21. — 18 FÉVRIER.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

Clinique de M. CLOQUET.

Kyste purulent du sinus maxillaire; opération; guérison.

Un jeune homme, domestique, âgé d'une trentaine d'années, de bonne constitution, habituellement bien portant, a été ces jours derniers admis au n. 5 de la première salle de l'hôpital-modèle. (Nous voulons parler de cette salle à longue queue placée au milieu de toutes les intempéries, et qui ressemble plutôt à un corridor de vieux couvent qu'à une pièce propre à recevoir les malades.)

Ce jeune malade a vu depuis cinq mois, dit-il, grossir sa mâchoire supérieure sans cause appréciable et sans douleur. A son entrée à l'hôpital, il offrait une tumeur du volume d'une orange, développée aux dépens de l'os maxillaire supérieur droit, sans changement de couleur à la peau, ni dépression de la voûte palatine, indolore et légèrement crépitante au toucher. On diagnostiqua facilement à ces caractères une maladie humorale du sinus maxillaire. Mais quelle était la nature de cette maladie? Était-ce une hydropisie, un abcès chronique, un kyste hydatique? C'est ce qu'on ne pouvait pas affirmer avec certitude avant l'opération.

Deux voies se présentaient au chirurgien pour conduire ses instrumens dans le foyer de la tumeur. Le bord alvéolaire, après avoir extrait la troisième molaire; ou bien la face gengivale de l'antre d'Higmore. Cette dernière voie a été préférée.

Une brèche a donc été pratiquée au sinus maxillaire à l'aide d'un trois-quarts plongé de bas en haut, vers le bord supérieur de la gencive correspondante. On a ouvert par-là la paroi antérieure de la cavité higmorienne, et l'on a donné issue à une assez grande quantité de matière puriforme. L'ouverture a été élargie à l'aide d'un bistouri boutonné. Des injections détersives ont été faites tous les jours par la même ouverture. L'os maxillaire s'est affaissé petit à petit; il reprend de jour en jour ses dimensions normales, et le malade est en pleine voie de guérison.

Nous applaudissons d'autant plus volontiers à ce traitement, que son résultat paraît satisfaisant.

Il reste cependant une question clinique à examiner; celle de savoir s'il ne vaut pas mieux pratiquer cette espèce de paracenthèse par l'alvéole de la deuxième ou troisième molaire, plutôt que par la gencive. Nul doute que la voie alvéolaire ne soit en général préférable; car, ainsi que Bordenave l'a établi, c'est sur ce point que répond le bas-fond de cette cavité; c'est donc par-là qu'on peut la vider très-exactement. Mais comme la dent en question peut être saine, nous pensons qu'il ne faut pas la sacrifier; car par l'autre procédé on guérit également la maladie dont il s'agit.

Il faut noter néanmoins que si la tumeur higmorienne n'est pas très-volumineuse, ou, en d'autres termes, si la paroi antérieure du sinus n'a pas été très-amincie par la distension, l'ouverture alvéolaire serait plus facile, plus sûre, et par conséquent plus convenable.

Ainsi donc, la conduite du praticien est ici facile à tracer :

1° Perforer largement, à l'aide d'un poinçon, ou mieux encore d'un bistouri, le sinus par l'alvéole de la deuxième ou troisième molaire, si la dent de ce côté est gâtée, ainsi que cela s'observe le plus souvent, ou bien si la tumeur est d'un petit volume.

2° Percer l'os maxillaire par sa face gengivale dans les cas contraires.

Nous n'avons voulu parler ici, comme on le voit, que du cas le plus simple de suppuration chronique du sinus maxillaire. On conçoit en effet que si la suppuration était le produit d'une carie ou d'une nécrose, par exemple, la conduite thérapeutique que nous venons d'indiquer serait insuffisante. L'occasion ne nous manquera probablement pas, dans le courant de cette année, pour revenir sur ce point important de pathologie, et discuter les autres questions qui s'y rattachent.

N° 22. — 20 FÉVRIER

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Baudelocque.

Fièvres typhoïdes traitées par la diète et les boissons délayantes.

Première observation. — Victor Perjeau, âgé de treize ans, apprenti serrurier, cheveux noirs, peau brune, assez forte constitution, est transporté à l'hôpital le 31 décembre, et couché salle Saint-Jean, n° 27.

Ce garçon, qui habite Paris depuis six mois, n'a pas éprouvé, pendant les cinq premiers mois de son séjour dans cette ville, le plus léger trouble des fonctions digestives; mais vers le milieu de décembre, sans cause connue, sentiment de faiblesse insolite, douleurs contusives dans les jambes tellement prononcées, que la progression est rendue presque impossible; en même temps diminution de l'appétit, alternative de diarrhée et de constipation, frissons irréguliers.

Le 26 du même mois, fièvre et diarrhée continues, céphalalgie sus-orbitaire, nécessité de garder le lit et d'observer la diète.

Dans la soirée du 28, délire qui revient les jours suivans; pas de traitement actif depuis le début.

Le 1er janvier, à la visite du matin, le délire et l'agitation de la nuit ont cessé, et ont fait place à la somnolence. La figure offre une teinte légèrement jaunâtre, et porte l'empreinte de la stupeur; les réponses sont justes, mais tardives; l'ouïe et la vue sont intactes; les narines sont sèches et pulvérulentes; la céphalalgie est peu vive, la prostration des forces toujours assez marquée; la langue est sèche, lisse et rouge, surtout à la pointe et sur les bords; la soif est ardente, l'appétit entièrement perdu; l'abdomen est médiocrement météorisé; il est peu douloureux à la pression, et présente antérieurement deux ou trois taches rosées lenticulaires, et intérieurement du gargouillement lorsqu'on le presse. Le nombre des selles a été de sept à huit dans les vingt-quatre heures; les matières excrétées ressemblent à de l'eau teinte en jaune; le malade a lâché deux ou trois fois sous lui; la peau est sèche et d'une chaleur assez élevée; le pouls donne 100 pulsations; on observe un peu de toux et du râle sibilant dans les deux côtés de la poitrine en arrière.

On prescrit trois pots de limonade, un cataplasme sur le ventre, deux demi-lavemens émolliens et des sinapismes aux membres inférieurs pour le soir; diète absolue.

Le 2, le délire et l'agitation de la nuit ont été moins intenses. Ce matin la stupeur est très-prononcée, la diarrhée persiste, l'abdomen n'est douloureux à la pression dans aucun point; la langue reste sèche et la soif vive; le pouls donne 114 pulsations. On se borne, comme la veille, à la simple expectation.

Le 3, la céphalalgie a complétement disparu, la nuit a été calme, le malade a été simplement privé de sommeil; on n'a observé ni agitation, ni délire; les taches typhoïdes sont très-nombreuses sur l'abdomen et le devant de la poitrine; la diarrhée et la fièvre persistent. Mêmes boissons, mêmes topiques émolliens; diète absolue.

Le 4, la langue, qui la veille semblait s'être humectée, s'est de nouveau séchée; l'insomnie persiste sans délire: les fonctions sensoriales sont intactes; le pouls donne 96 pulsations.

Du 5 au 8, pas de changement notable. Cinq à six selles dans les vingt-quatre heures, sans la plus légère douleur de ventre: fièvre, accablement, stupeur.

Le 8, transpiration abondante pendant les deux nuits qui ont précédé. Le matin peau moite, pouls à 100 pulsations, sudamina nombreux autour du cou et au sommet de la poitrine; taches typhoïdes à peine apparentes; langue large et humide avec enduit blanchâtre; peu de soif, appétit toujours nul, pas de douleurs de ventre; deux selles liquides pendant la nuit; l'ouïe n'est pas sensiblement obtuse; pas d'otorrhée pas de céphalalgie ni des troubles de facultés intellectuelles.

Le 10, le pouls est descendu à 90; la peau est toujours moite, le ventre est indolent, la langue légèrement collante; la diarrhée persiste. On accorde deux bouillons.

Le 12, peau de chaleur presque naturelle; 84 pulsations; sommeil pendant une partie de la nuit. Bouillon et quelques cuillerées de semoule. L'amélioration fait de sensibles progrès, et l'on augmente progressivement la dose des alimens jusqu'au 18.

A cette époque la face est pâle et émaciée, mais elle ne porte plus l'empreinte de la stupeur; l'intelligence est parfaite; la tête n'est le siége d'aucune douleur; les forces musculaires sont suffisantes pour permettre au malade de se lever et de se promener quelques instans dans les salles. La langue est naturelle; la soif, qui a été très-vive au début, est presque nulle. Un demi-pot suffit au malade pour les vingt-quatre heures; les selles sont encore diarrhéiques; mais peu nombreuses et peu abondantes. On accorde le quart. Les forces reviennent assez rapidement et le malade retourne à ses occupations le 24 janvier.

Cette observation nous offre un exemple de fièvre typhoïde d'une intensité médiocre. L'altération de la contractilité musculaire qui a eu lieu dans les prodrômes et pendant le cours de la maladie, la céphalalgie, le trouble des facultés intellectuelles, une fièvre assez in-

tense sans douleur locale, la diarrhée, le léger météorisme du ventre, les taches lenticulaires qui ont paru vers le huitième jour et l'éruption de sudamina qui s'est montrée à une période plus avancée de la maladie, ne nous ont laissé aucun doute sur une lésion des plaques de Peyer. Aucun traitement définitif n'avait été mis en usage au moment de l'admission du malade, et le cas n'a pas paru assez grave pour qu'on ait cru nécessaire de recourir à de larges émissions sanguines, ni à des évacuans répétés coup sur coup. Au bout de deux jours, le paroxysme fébrile du soir avait diminué d'intensité, le délire qui l'accompagnait avait disparu; la diarrhée a persisté jusque vers le vingtième jour de la maladie. Notons cette transpiration abondante qui a eu lieu vers le quinzième jour et qui a coïncidé avec une diminution notable des accidens. C'est surtout dans les cas où le traitement est peu actif qu'on peut apprécier l'influence des phénomènes critiques.

Deuxième observation.— A ce fait nous en joindrons un autre, dans lequel on n'a pas fait usage d'un traitement plus actif que chez le sujet de l'observation précédente. Il est relatif à un garçon de onze ans, qui habitait seulement Paris depuis trois mois, et qui accusait dix jours de maladie, lorsqu'il fut soumis à notre observation. L'affection avait débuté par une céphalalgie intense, les douleurs abdominales et la diarrhée n'avaient pas tardé à la suivre; le délire s'était manifesté le cinquième jour de la maladie; il s'était montré le jour comme la nuit. L'hémorrhagie nasale qui n'a pas eu lieu chez le sujet de l'observation que nous venons de rapporter, s'est montrée plusieurs fois chez celui-ci.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois le 20 novembre, la face était pâle et légèrement jaunâtre, le décubitus avait lieu sur le dos; il y avait de l'accablement, mais pas de prostration profonde; le malade se levait encore pour aller au bassin. La diarrhée qui était alors assez abondante s'accompagnait de douleurs dans la région iliaque droite; le ventre était sonore à la percussion; les taches typhoïdes étaient peu apparentes sur la peau du malade qui était extrêmement sale. La toux était fréquente et douloureuse, les crachats purement muqueux, le pouls donnait cent douze pulsations. Les boissons gommeuses et pectorales, les cataplasmes et les lavemens émolliens furent les seuls moyens mis en usage.

La fièvre et la diarrhée conservèrent une certaine intensité pendant dix jours; à cette époque, les crachats contenaient quelques stries de sang, l'auscultation faisait entendre un peu de râle sous-crépitant dans l'un des côtés de la poitrine; on prescrivit un julep gommeux avec l'oxide blanc d'antimoine.

Le 9 janvier, vingt jours environ après l'admission du malade, la fièvre avait cessé, le sommeil était calme, mais les selles restaient diarrhéïques, et ne se renouvelaient que deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Chez ce malade la convalescence n'a pas duré moins d'un mois. Il s'est manifesté durant son cours, des abcès en divers points de la périphérie cutanée; l'oreille droite est devenue le siége d'un écoulement purulent, la fièvre a longtemps persité, la figure restait pâle et émaciée. On redoutait la présence de quelques tubercules dans les poumons; mais vers le milieu de février, tous ces accidens ont disparu, et ce garçon a quitté l'hôpital entièrement guéri, après un séjour de près de deux mois.

N° 23 — 23 FÉVRIER.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. Roux.

Cathétérisme forcé; gangrène consécutive du scrotum et de la verge.

Au n° 37 de la salle Sainte-Marthe, est couché un malade sur lequel M. Roux a pratiqué le cathétérisme forcé il y a une quinzaine de jours, et dont nous avons rapporté l'observation.

Nous devons revenir maintenant sur ce fait, pour faire connaître les suites de la médication mise en usage. Nous nous élevions contre cette manière violente et hasardeuse de faire pénétrer une sonde dans la vessie, et nous basions notre jugement à cet égard sur le raisonnement et sur l'expérience. Nous avons la douleur d'annoncer aujourd'hui que ce que nous avions prévu est arrivé. Le malade dont il s'agit a été, quatre jours après l'opération, saisi d'un gonflement gangréneux énorme des bourses et de la verge, par l'effet sans doute de l'infiltration urineuse. Des escarres larges et profondes ont été détachées et excisées; la peau de la verge est entièrement détruite; celle du scrotum l'est aussi en grande partie. Une suppuration urineuse abondante a lieu par les énormes plaies qui en sont résultées, et l'état général du malade est assez détérioré; nous craignons même qu'il ne succombe à la fièvre de résorption.

Ces résultats n'ont pas besoin de commentaires. Il est évident que le cathétérisme forcé ayant crevé le canal de l'urètre, a donné lieu à un épanchement d'urine.

Il est évident aussi que la méthode en question est mauvaise, barbare, et qu'il y a de l'inhumanité de la mettre encore en usage de nos jours, après un si grand nombre d'exemples funestes qu'on connaît (1).

Nous avons déjà fait remarquer que la méthode désobstruante employée par Dupuytren, n'avait jamais manqué son but ni produit d'accident d'aucune espèce. Nous ajouterons maintenant que les moyens de surmonter sûrement les obstacles urétraux sont tellement

(1) On sait que nous ne la rejetons d'une manière aussi absolue que dans ces cas où il n'y a pas urgence d'évacuer l'urine. (*N. du R.*)

multipliés aujourd'hui, que depuis très-longtemps on ne voit plus pratiquer à Paris la ponction de la vessie. Je pense effectivement que la cystocenthèse urinaire est désormais une opération à rayer de nos cadres de chirurgie clinique; non qu'elle soit dangereuse, car elle a presque toujours réussi lorsqu'on l'a pratiquée, mais bien parce qu'elle n'est plus nécessaire. A plus forte raison ce jugement doit être appliqué au cathétérisme forcé, car il y a ici danger imminent et grave attaché au procédé lui-même, qui reste toujours infidèle, même entre les mains les plus expérimentées.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Dix-septième leçon, 12 février.)

Le nerf olfactif est-il exclusivement le nerf de l'odorat? Il faudrait pour cela que l'appareil étant détruit l'odorat fut perdu : or, cela n'est pas; je crois avoir détruit sur ce lapin ce nerf en entier, et cependant vous voyez que l'animal reconnaît un morceau de fromage placé dans du linge; car il a mangé le fromage et a laissé la toile.

D'un autre côté, vous avez la preuve que la destruction du nerf de la cinquième paire détruit toute sensibilité spéciale. Le nerf de l'odorat est composé, comme le cerveau, de deux matières; il a deux racines, blanches et grises; chez plusieurs animaux il offre un renflement et devient même *lobe* olfactif; il est aussi gros, plus gros que le cerveau.

Passons aux expériences sur le sens de la vue. Il s'agit de savoir si le nerf optique est l'agent de la vue. Le nerf optique a plusieurs origines, et il est accolé à la partie centrale de la substance du cerveau, et s'entrecroise ensuite avec le nerf olfactif, le seul qui présente ce mélange de substance blanche et grise.

Quand on coupe un de ces nerfs, soit avant, soit après leur réunion, la vue se perd si c'est à l'entrée de l'orbite, de ce côté, si c'est au delà de la réunion, de l'autre côté. Cela n'existe pas pour le nerf olfactif et les autres paires. On trouve aussi pour les nerfs de la moelle épinière des phénomènes croisés qu'on ne peut expliquer par l'anatomie.

Des expériences sont faites dans ce sens sur des lapins. Un des effets, dit M. Magendie, de la section du nerf optique, est la dilatation de la pupille. Quelquefois on observe un effet contraire. Je crois que les deux nerfs ont été coupés ici, mais il est difficile de s'assurer si l'animal voit clair. Le nerf optique est-il le seul agent de la vue? En coupant la cinquième paire la vue se perd; l'animal ne voit que des rayons qui frappent brusquement la pupille; il fait alors un petit mouvement des paupières. La vue se perd également dans les lésions profondes de la cinquième paire.

Dans une première expérience la cinquième paire est coupée d'un côté; la pupille se contracte; l'animal se sert de sa tête comme un aveugle d'un bâton. Or, ici le nerf optique est dans la plus parfaite intégrité; pour moi, dit M. Magendie, les deux animaux ont perdu la vue.

Est-ce que le nerf de la cinquième paire pourrait devenir le nerf de la vue? Cela a été soutenu; M. Serres, il y a quelques années, a observé qu'une branche du nerf de la cinquième paire se rendait à l'œil; cela n'est pas impossible, et se rapproche de mes expériences. Dans la taupe il n'y a pas de vision, elle se conduit au moyen de l'odorat et du tact et reconnaît ainsi les creux; j'ai enlevé le petit point noirâtre qu'on appelle le globe de l'œil, et l'animal s'est comporté de la même manière.

Voyez, du reste, que ce lapin sur lequel j'ai coupé le nerf optique porte la tête haute; l'autre sur lequel la cinquième paire l'a été, la tient basse : c'est que le premier conserve la sensibilité et sent bien l'ammoniaque que l'autre, comme vous le voyez, ne sent pas.

En ce moment, M. le docteur Montault, sur l'invitation de M. Magendie, présente un malade affecté depuis cinq mois d'une maladie de la cinquième paire du côté gauche dont les symptômes sont tout à fait analogues aux phénomènes qui résultent de la section de cette paire de nerfs sur les animaux, expériences fréquemment répétées dans les dernières leçons : ainsi chez ce malade, la sensibilité de la conjonctive, de la muqueuse nasale, ainsi que celle de la langue, de la surface cutanée, est presque complétement abolie; la branche musculaire est aussi affectée, car le masséter et le temporal du côté gauche sont presque inactifs dans la mastication; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que le globe oculaire étant porté en dedans par suite de la paralysie du nerf de la sixième paire, le malade peut le saisir avec les doigts et le tourner en dehors *impunément*, c'est-à-dire sans qu'il y ait même *clignement*, ce qui annonce une perte presque absolue de la sensibilité de la conjonctive de ce côté.

Du reste, le malade ayant promis de se représenter dans quelque temps au cours de M. Magendie, nous rendrons très-exactement compte des particularités nouvelles que pourra présenter ce fait vraiment remarquable dont la communication a valu à M. Montault, après la séance, de sincères remerciemens de la part du célèbre professeur du Collège de France.

(Dix-huitième leçon, 17 février.)

M. Magendie montre les têtes de plusieurs animaux qui ont succombé à la suite des expériences qu'on avait faites.

1° La tête d'un lapin sur lequel la cinquième paire avait été coupée complétement. Il dit, à propos de cet animal, que les lapins meurent souvent sans que l'ouverture du corps donne lieu d'observer des désordres physiques auxquels on puisse rapporter la mort. Ce lapin présente une altération évidente de la cornée et des humeurs de l'œil, du cristallin surtout, qui est légèrement trouble.

2° Un deuxième lapin, qui a succombé peu de jours après la section des deux cinquièmes paires de nerfs. Chez celui-ci il y a quelques-uns des phénomènes déjà indiqués; mais ils sont moins prononcés, parce que la section n'était pas complète.

M. Magendie avance que si les fonctions de la cinquième paire ont continué, cela ne dépend pas du contact des parties coupées, ainsi que l'ont avancé plusieurs physiologistes, mais bien de ce que la section n'était pas opérée dans toute l'étendue du nerf.

3° Les yeux et l'appareil des nerfs optiques chez un oiseau dont on avait crevé un œil il y a quelques jours. Chez cet oiseau, il y avait un commencement d'atrophie du nerf optique correspondant à l'œil crevé, et cette atrophie s'étendait du côté opposé, au delà de l'entrecroisement.

Ces expériences, dit-il, sont très-concluantes lorsqu'on laisse écouler un temps beaucoup plus considérable avant d'examiner les modifications qu'elles apportent dans la nutrition des nerfs.

M. Magendie répète sur un lapin les expériences qu'il a déjà faites sur la cinquième paire dans les séances précédentes. Il opère d'abord la section d'un des nerfs, et s'assure, par diverses irritations portées sur l'œil et dans les narines, que la sensibilité est tout à fait abolie. Il fait remarquer que la pupille est resserrée, tandis que chez l'homme et chez le chat on observe ordinairement un effet contraire, c'est-à-dire sa dilatation.

Il pratique la section du côté opposé; aussitôt l'animal laisse tomber sa tête en bas et en avant, il la traîne pour ainsi dire en marchant. Les mouvemens des membres antérieurs paraissent pendant quelques instans moins libres que ceux des membres postérieurs.

S'étant aperçu, en renouvelant les irritations sur les yeux, que la sensibilité avait un peu reparu dans les paupières que l'animal rapproche légèrement, il pense que la section n'est pas parfaite, et fait de nouvelles tentatives pour l'opérer entièrement. Mais alors la lésion d'un sinus caverneux donne lieu à un vaste épanchement suivi du renversement de la tête en arrière et de l'extension violente des pattes. Une trépanation est faite pour faciliter l'écoulement du sang. L'animal ne tarde cependant pas à succomber.

La même expérience, tentée d'un seul côté sur un second lapin, est aussi suivie d'épanchement et de trouble dans les mouvemens, et de renversement de la tête du côté opposé.

Cette section est réitérée sur un troisième lapin et sur un jeune chien de six semaines ou deux mois. Aucun épanchement ne paraît se former et la sensibilité disparaît.

Sur le jeune chien, la section est tentée des deux côtés. Après avoir démuselé ce petit animal, on observe que sa mâchoire inférieure est pendante, et que sa langue sort un peu de sa gueule.

On expose les narines à la vapeur de l'ammoniaque; l'animal ne donne pas de signes de sensibilité; la pression de la langue ne détermine pas de signes de douleur ni de contraction dans cette partie.

Il existe dans toutes ses sensations un trouble général qui ne permet pas de continuer ces épreuves avec fruit.

La section du deuxième nerf est tentée sur le lapin chez lequel il ne s'était pas produit d'épanchement; la sensibilité disparaît, mais l'animal ne baisse pas la tête, comme cela arrive ordinairement.

La section faite sur deux autres lapins est suivie de la lésion du pont de Varole à la jonction avec les pédoncules du cervelet. On observe alors que les yeux prennent une direction telle que l'un est tourné en haut, tandis que l'autre l'est en bas. Les animaux sont également pris d'un mouvement de rotation sur le côté du corps; mouvement qui est constant dans cette lésion.

M. Magendie se propose de faire faire quelques dissections pour se rendre compte de la différence qui existe dans le mouvement de la tête chez les chiens et les lapins après la section de la cinquième paire; elle doit dépendre probablement d'une disposition particulière des nerfs qui se rendent aux muscles moteurs de la mâchoire.

N° 24. — 25 FÉVRIER.

ÉCOLE ANATOMIQUE DES HOPITAUX.

Cours d'anatomie générale, par M. Serres.

(Septième leçon.)

Loi de formation des cavités articulaires : application à la pathologie.

Les os doivent se mouvoir les uns sur les autres pour l'acte de la locomotion. A cet effet des têtes rondes, ou éminences osseuses, sont reçues et roulent dans des cavités qui leur sont appropriées. Ces cavités portent le nom de cavités articulaires. Comment se forment-elles? Quelle est la loi générale de leur développement? Tel est le problème dont nous allons chercher la solution.

Les premiers anatomistes qui essayèrent de se rendre compte de la formation des cavités articulaires, crurent l'avoir rencontrée dans la pression mécanique des éminences qu'elles sont destinées à loger. De même, disait-on, que le développement d'une tumeur anévrismale creuse une cavité sur la partie du système osseux à laquelle elle correspond; de même que la tête du fémur, chassée de la cavité cotyloïde dans certaines luxations spontanées, finit à la longue par se former une cavité artificielle; de même la pression lente et continuelle des éminences osseuses, détermine la formation de cavités moulées sur leur propre forme, sur la partie du système osseux avec laquelle elles se trouvent en rapport. La profondeur de la cavité cotyloïde opposée à la cavité glénoïdale du scapulum, semblait ajouter encore à la force de cette supposition; car, disait-on, le poids du corps se transmettant du bassin sur la tête du fémur, la pression est beaucoup plus forte que celle de la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde.

Tout était vicieux dans cette manière de raisonner. En premier lieu, cette pression supposée étant continuelle, à quelle époque de la vie admettait-on qu'elle cessât d'exercer son action? Toutes les cavités articulaires sont complettées chez l'homme de la douzième à la quinzième année; et, toutes choses égales d'ailleurs, elles le sont plus promptement chez les mammifères. Où se perdent pendant le reste de la vie les efforts de cette pression?

Quant à la différence de profondeur entre la cavité glénoïde et la cavité cotyloïde, on conçoit que cette preuve pouvait être appliquée à l'homme à cause de la station bipède; mais chez les mammifères, quelle conclusion pouvait-on en déduire? Le poids du corps ne porte-t-il pas autant sur les extrémités antérieures que sur les extrémités postérieures? et cependant le rapport entre les deux cavités reste toujours le même.

Enfin, pouvait-on comparer les dépressions informes produites ou par une tumeur anévrismale, ou même par la tête du fémur déplacée, aux surfaces lisses et polies qui sont les caractères généraux des cavités articulaires?

En rejetant ces explications, Bichat et Sœmmering, qui employèrent les vaisseaux absorbans à creuser les canaux médullaires, s'arrêtèrent devant les cavités, rebutés peut-être par les obstacles qu'ils avaient rencontrés.

Quoi qu'il en soit, cherchons s'il est possible à expliquer le mécanisme de leur formation, et rappelons un principe que nous avons déjà posé, Messieurs, et dont les lois précédentes nous ont offert de nombreuses applications: c'est que le nombre des élémens osseux, est, chez le fœtus, beaucoup plus considérable qu'on ne serait porté à le croire d'après la considération du squelette de l'adulte; considération à laquelle se sont beaucoup trop arrêté les physiologistes.

Aussi c'est en vain que l'on chercherait les traces du développement de scavités articulaires sur les os d'adultes. Elles sont toutes effacées, et malgré le plus profond examen, ces cavités paraissent formées de toutes pièces, et pour ainsi dire creusées aux dépens même de la propre substance des os. Mais en suivant dans les différens âges le développement des os, on voit que toujours deux ou trois pièces, ou points osseux, se réunissent et se confondent l'un dans l'autre pour former une cavité. C'est là le mécanisme général de leur formation: qu'elles soient profondes comme la cavité cotyloïde ou les loges alvéolaires, superficielles comme les glénoïdales de l'omoplate et du temporal; qu'elles effleurent à peine la surface des os, comme celles de l'enclume ou celles du corps des vertèbres dorsales, toujours deux ou trois pièces ou points osseux se réunissent et se confondent pour concourir à leur formation, comme nous allons le voir pour la cavité odontoïdienne de l'atlas, etc.

Le mouvement de rotation de la tête est principalement confié à celui qu'exécute la première vertèbre cervicale sur la seconde. Un mécanisme tout à fait particulier a été créé dans cette vue. Une apophyse très-volumineuse surmonte le corps de la deuxième vertèbre cervicale. Chez tous les mammifères, cette apophyse roule dans une cavité formée à la partie postérieure du corps de l'atlas, laquelle résulte, dans tous les animaux, de l'adossement de deux pièces osseuses longtemps isolées l'une de l'autre. Chez l'homme, le corps de l'atlas commence son ossification du cinquième au septième mois après la naissance. Cette ossification, au lieu de se faire sur la partie centrale du corps de la vertèbre, commence sur la partie latérale par deux noyaux osseux distincts et séparés l'un de l'autre par un cartilage de deux ou trois lignes. A un an, ces pièces ont une ligne et demie de diamètre dans tous les sens; à deux ans leur volume est double; à cinq ans leur réunion n'est point encore terminée. Au point de leur jonction sur la ligne médiane, se trouve le centre de la cavité odontoïdienne, dont la moitié est creusée sur chaque pièce. Cette cavité est une véritable cavité de conjugaison, permettez-moi cette expression; car elle peut seule faire connaître l'analogie de mécanisme qui existe entre la formation de la cavité odontoïdienne et la formation des trous de conjugaison vertébraux.

D'autres cavités de conjugaison se trouvent dans les cavités articulaires du rachis. Vous savez tous, Messieurs, qu'il existe une articulation mobile à l'extrémité vertébrale des côtes et sur le corps des vertèbres dorsales. Cette articulation a exigé la formation d'une cavité articulaire. A cet effet une demi-facette légèrement concave est creusée sur la partie latérale du corps de chaque vertèbre dorsale. Cette demi-facette, unie à celle de la vertèbre qui lui est contiguë, forme une cavité entière dans laquelle est reçue l'éminence articulaire de la côte. Ce mécanisme est un véritable mécanisme de conjugaison; et s'il arrive même que plusieurs vertèbres se réunissent par une espèce d'ankylose, alors la cavité articulaire est aussi prononcée que le sont les cavités glénoïdales, et aucune trace ne paraît en faire soupçonner le double développement.

Comme les cavités articulaires du rachis, les cavités articulaires de la tête sont formées par l'engrénure de plusieurs pièces osseuses primitivement isolées. La cavité de l'enclume, même malgré sa petitesse, est soumise à cette loi générale.

Dans les quinze premiers jours qui suivent le deuxième mois de la conception, l'enclume, ainsi que tous les osselets de l'ouïe, est cartilagineux. C'est lui qui commence leur développement conformément au principe que nous avons déjà exposé, et d'après lequel l'ossification procède constamment des parties latérales vers le centre. D'après ce principe encore, c'est la branche postérieure qui doit se former la première, et c'est ce qui a toujours lieu. Dans la dernière quinzaine du troisième mois, on voit paraître un noyau osseux dans la branche postérieure de l'enclume. A la fin du 3me mois ou dans les premiers quinze jours du quatrième, cette branche est terminée et a rejoint la partie postérieure de la cavité articulaire, où elle est légèrement échancrée pour concourir à sa formation. A cette époque, l'enclume est formé:

1° De la branche postérieure ossifiée;

2° De la branche antérieure entièrement cartilagineuse.

Au commencement du quatrième mois et presque toujours avant la fin de sa première moitié, l'ossification se manifeste dans la branche antérieure du même os. Elle consiste d'abord dans un noyau osseux peu volumineux, situé vers sa partie moyenne, et s'étendant ensuite progressivement et en même temps en haut et en bas.

La réunion de ces deux branches s'opère sur la partie moyenne de la cavité articulaire de l'os : elle a lieu par une espèce d'engrénure formée de dentelures très-déliées qui restent apparentes jusques vers le milieu du troisième mois. Cette suture assez profonde divise l'enclume et la cavité en deux parties égales, dont l'une appartient à la branche postérieure, l'autre à la branche antérieure. Cette suture disparaît entièrement à la fin du cinquième mois.

La cavité articulaire du temporal est soumise à la loi commune, ainsi que les cavités articulaires des membres sur lesquelles je vais maintenant attirer votre attention, en commençant par les os de la main, du radius et du cubitus, du scapulum, etc.

Si vous examinez, Messieurs, les extrémités supérieures des phalanges d'un enfant avant la fin de la deuxième année, vous les trouverez toutes cartilagineuses; mais dans les premiers mois de la troisième, vous rencontrerez sur la partie moyenne du cartilage deux points d'ossification et quelquefois trois. La cavité creusée sur la face inférieure du semi-lunaire et à laquelle il doit sa forme de croissant, vous apparaîtra également formée par la jonction de deux pièces si vous examinez cet os de la troisième à la quatrième année. Même observation pour la cavité creusée sur la face inférieure du scaphoïde, qui, plus volumineux que le semi-lunaire, permet par conséquent un plus grand développement à chacun des grains osseux qui entrent dans sa formation. Même observation enfin pour les cavités articulaires du radius et du cubitus.

La cavité glénoïdale du scapulum est formée comme les cavités que nous avons précédemment examinées chez l'homme et la plupart des animaux claviculés par la réunion de deux pièces osseuses, une scapulaire, l'autre coracoïdienne.

Chez les animaux non claviculés, le clavicule cessant d'être une pièce du premier ordre, laisse les parties latérales et le sommet du thorax pour venir couronner la partie supérieure de la cavité glénoïdale : par cette raison, cette cavité, au lieu d'être formée comme dans les animaux claviculés de deux pièces, en renferme trois dans son intérieur, le scapulum, le coracoïde et le claviculaire. C'est à M. Geoffroy Saint-Hilaire père qu'appartient l'honneur d'avoir démontré le premier la triple composition de la cavité glénoïdale du scapulum : on peut reconnaître l'exactitude des observations de cet anatomiste en examinant le cheval, le chien, le pigeon, le lapin et surtout la grenouille.

Si la cavité glénoïdale est formée par trois pièces osseuses et le plus souvent par deux, il n'en est pas de même de la cavité cotyloïde qui en renferme quatre dans son intérieur, et à laquelle les anatomistes en avaient déjà reconnu trois, que depuis Kerkring ils désignaient par des noms particuliers. Ces élémens primitifs (iléum, pubis, ischium) se forment de dehors en dedans : ainsi l'iléum se forme le premier; vient ensuite l'ischium du troisième au quatrième mois, puis sur la fin du quatrième le pubis. Ces trois os restent longtemps isolés les uns des autres par des cartilages très-épais, puis ils convergent tous vers la cavité cotyloïde où leur réunion s'effectue.

Outre les trois os que nous avons déjà cités, il en existe un quatrième chez les marsupiaux, servant de soutien à la bourse chez la plupart d'entre eux, qui a été nommée os marsupial par Eysson. Cet os n'est point particulier aux didelphes; j'ai rencontré chez les autres mammifères, chez l'homme même, une quatrième pièce osseuse que je n'ai point trouvée chez les marsupiaux, et que je crois devoir considérer comme l'analogue de l'os marsupial.

Les préparations que vous avez sous les yeux (celle de ce bassin d'homme et d'ânon surtout) vous montrent, chez les mammifères, la cavité cotyloïde uniformément composée de l'iléum, de l'ischium, du pubis et d'un quatrième os que l'on peut appeler os marsupial.

Que devient ce quatrième os, cet os marsupial chez les animaux qui en sont privés dans l'âge adulte? il va dans la cavité cotyloïde. Il est donc, sous ce rapport là, l'analogue de la pièce claviculaire que nous avons vu dans les animaux non claviculés concourir à la formation de la cavité glénoïde et qui va dans la profondeur de cette cavité. C'est un nouveau fait pour l'homologie des membres inférieurs et supérieurs signalé et démontré par Vicq-d'Azyr en premier lieu.

S'il était vrai que les têtes osseuses creusassent elles-mêmes les cavités qui doivent les recevoir, comment concevoir les cas dans lesquels ces éminences sont chassées ou même ne sont pas reçues dans ces cavités? Comment concevoir encore le rétrécissement ou même l'oblitération de certains canaux osseux ou membraneux? Si, au contraire, ces cavités et ces canaux sont constitués par la réunion de plusieurs pièces, et si ces parties marchent de la circonférence au centre, qui ne voit que de l'inégalité de leur développement pourront naître les cas pathologiques sus-mentionnés? qui ne voit de même de quel côté ils devront siéger de préférence?

Car la loi de prédominance du côté droit sur le côté gauche s'applique à tous les organismes; vous en voyez les effets chez les animaux infusoires, chez les mollusques, et plus particulièrement chez les gastéropodes. La pathologie ne fait donc que reproduire un des faits les plus généraux de la nature organique. Vous en verrez de nombreuses preuves dans le cours de ces leçons. Je vous montrerai que les organes surnuméraires se trouveront de préférence sur le côté droit, tandis que les parties atrophiées ou même complétement anéanties siégeront sur le côté gauche. Le foie lui-même vous donnera le type de cette inégalité de développement, puisque dans le principe de sa formation vous le trou-

verez symétrique chez l'homme, vous verrez son lobe gauche égaler en volume son lobe droit, et plus tard vers la fin du cinquième au sixième mois de la vie utérine, vous observerez une atrophie du lobe gauche, tandis que le lobe droit continuera à s'accroître. Dans certaines maladies de l'adulte vous observerez une marche inverse; vous observerez que dans les hypertrophies du foie, c'est le lobe gauche principalement qui augmente de volume. Or, par l'effet de cette maladie, le foie hypertrophié vous reproduira les formes primitives du foie de l'embryon humain; l'organe reviendra au point d'où il était parti; mais il y reviendra sous l'influence d'une action normale pour la vie utérine, anormale pour la vie extrà-utérine. Dans le premier cas, la disposition hépatique sera une des conditions de la vie embryonnaire; dans le second cas, elle deviendra cause de mort, par la raison que l'entretien de la vie extrà-utérine ne peut s'accommoder des conditions d'existence de la vie intrà-utérine.

L'inverse se montre quelquefois dans la vie embryonnaire : il peut arriver que des dispositions organiques qui doivent servir à l'entretien de la vie extrà-utérine se développent trop promptement chez l'embryon, qui périt alors par la disposition organique qui aurait assuré la vie après la naissance. Telle est, par exemple, la fermeture du trou de Botal ou du canal artériel avant la naissance; les enfans cessent de vivre dans le sein maternel à cause d'un développement trop précoce de certains organismes. Dans ces cas particuliers, on croirait que les enfans ont été strangulés, et sans un examen des plus attentifs, vous pourriez craindre un infanticide, là où il n'existe, comme vous le voyez, qu'un développement trop actif d'un organe. Ce point est important pour la médecine légale qui, en ce qui concerne l'infanticide, a un si grand besoin des lumières des anatomistes et des physiologistes.

Suivons dans la pathologie l'application de ces vues physiologiques sur la prédominance du côté droit sur le côté gauche? Vous verrez sur 20 coxalgies 18 au moins siéger à droite, et 2 à peine à gauche. Dans les luxations spontanées du fémur, presque toujours vous les trouverez à gauche et rarement à droite. Chez les enfans dont les testicules ne sont pas descendus dans le scrotum, vous trouverez vingt fois l'arrêt du testicule gauche, et une fois à peine celui du testicule droit. Les archives de la science peuvent devancer et éclairer sur ce sujet votre expérience, car la statistique de ces affections vous montrera la confirmation de cette loi.

Je ne sache pas que l'on ait encore remarqué que la fistule lacrymale siége beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite? C'est un fait constant dont vous pouvez fréquemment vous assurer dans les salles de chirurgie. Je l'ai constaté si souvent que j'en ai recherché la cause, et cette cause je crois l'avoir entrevue dans l'inégalité du développement des deux canaux nasaux. Par l'effet de la prédominance du côté droit sur le côté gauche, il arrive quelquefois, comme ces têtes là vous en présentent la preuve, que le canal nasal gauche est plus étroit que le droit. Or, vous concevez alors comment et pourquoi, sous l'influence des mêmes causes, ces larmes sont plus facilement arrêtées dans leur cours d'un côté que de l'autre. Vous concevez aussi comment, par la même raison, les fistules lacrymales gauches exigeront plus souvent l'opération que les fistules droites, dont la guérison est plus facile.

Enfin vous avez vu dans la dernière leçon les procédés opératoires dont la loi des épiphyses avait fourni les bases à M. Lisfranc. La loi des cavités articulaires n'a pas été moins heureusement appliquée par notre célèbre chirurgien; il a fondé sur cette loi un procédé nouveau pour la désarticulation de l'épaule, dont les élémens sont exclusivement puisés dans nos recherches d'organogénie. C'est de cette manière que depuis trois siècles, l'anatomie éclaire de ses résultats positifs les routes de la pathologie interne et externe.

N° 25. — 27 FÉVRIER.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Pratique de M. Civiale.

Modification apportée au percuteur de M. Heurteloup. Plus que sexagénaire; calculeux depuis trois ans; pierre très-grosse, assez tendre; constitution irritable, débilitée; organes urinaires peu altérés; guérison sans accident par la lithotritie en 13 *séances de courte durée.*

M. de Grégori, de Paris, ancien magistrat, presque septuagénaire, d'une constitution faible et épuisée par les souffrances, était calculeux depuis trois ans environ. Ce malade avait fait usage de beaucoup de remèdes pour combattre cette affection, et notamment de magnésie. Il avait pris aussi les eaux de Contrexeville. Tous ces moyens n'avaient pas empêché le développement d'une pierre vésicale qui, au mois de juillet 1835, fut reconnue par M. Civiale à l'aide du cathétérisme ordinaire; elle avait alors un volume considérable. Cette condition, défavorable à l'emploi de la lithotritie, jointe à l'excessive susceptibilité nerveuse du malade, fit craindre d'abord que celui-ci ne pût supporter les opérations nombreuses que devait nécessiter la destruction d'une grosse pierre dont on n'avait pu encore apprécier le degré de résistance. Toutefois, les organes urinaires ne paraissaient pas trop profondément altérés; on pouvait espérer que le calcul n'aurait pas une trop grande dureté. Une exploration avec les instrumens de la lithotritie devenait dès-lors nécessaire pour acquérir des éclaircissemens sur ce point. D'ailleurs, M. de Grégori désirait être opéré par la nouvelle méthode. Il y fut donc préparé par l'introduction de quelques bougies molles, par des bains, des lavemens, etc.

Le 21 août, M. Civiale fit une exploration en présence de M. le docteur Salmade, médecin ordinaire du malade. Il se servit du percuteur. Cette opération, de courte durée, fut supportée beaucoup mieux qu'on ne pouvait l'espérer. Elle permit de constater avec plus de

précision qu'on n'avait pu le faire jusqu'alors, le volume du calcul, qui ne présenta pas moins de 23 lignes de diamètre dans le sens où il fut saisi, et fixé presque aussitôt l'introduction de l'instrument et la retraite de sa branche mobile. M. Civiale put s'assurer que la pierre n'était pas très-dure; elle céda en partie à la pression exercée à l'aide de la vis et à quelques coups de marteau; des débris furent rapportés par l'instrument; le malade en rendit une assez grande quantité le jour même et les suivans.

Aucun accident ne suivit cette première opération, qui fit concevoir la possibilité d'une assez prompte guérison, en apportant toutefois la prudence et les ménagemens qu'exigeait la sensibilité du malade. C'est en faisant des séances très-courtes, et dont plusieurs durèrent à peine quatre à cinq minutes, que M. Civiale parvint à détruire complétement le calcul de M. de Grégori.

Douze autres séances furent nécessaires pour obtenir ce résultat; elles eurent lieu les 27 et 31 août, les 5, 9, 12, 16, 21. 25 et 30 septembre; 6, 13 et 21 octobre.

Ce traitement ne fut interrompu par aucun événement fâcheux. Après les trois ou quatre premières opérations, le malade finit par se familiariser, pour ainsi dire, avec les instrumens; il témoigna moins de souffrances, et chaque séance était pour lui l'occasion de quelques plaisanteries qu'il échangeait volontiers avec les personnes qui l'entouraient.

Deux explorations négatives faites les 7 et 17 novembre, confirmèrent la guérison.

Plusieurs médecins nationaux et étrangers ont assisté à ces diverses opérations, entre autres MM. Guerbois, Weest, Lawrence, Lœger, Walther, etc.

M. Civiale s'est d'abord servi du percuteur, afin de briser le calcul et les plus gros fragmens, puis ensuite du litholabe à trois branches pour saisir et écraser les petits, dont quelques-uns furent même extraits avec cet instrument, le peu d'énergie des contractions de la vessie ne permettant pas leur expulsion. Cette circonstance nécessita aussi l'emploi de quelques injections froides qui stimulèrent la contractilité de ce viscère et favorisèrent ainsi les explorations.

Le nombre des séances nécessaires à la destruction d'une pierre aussi grosse n'a pas été considérable, vu le peu de durée de chacune d'elles. En réunissant les opérations, je trouve un peu plus d'une heure (65 minutes) pour broyer un calcul de 23 lignes de diamètre en fragmens assez petits pour franchir l'étendue du conduit excréteur de l'urine.

C'est en multipliant les séances, et en les faisant très-courtes, que M. Civiale obtient du succès dans des cas où sa méthode pouvait d'abord paraître inapplicable. Il évite ainsi des accidens qui sont trop souvent la conséquence inévitable de manœuvres prolongées, et que l'on ne manque pas de mettre sur le compte du nouveau procédé, tandis qu'ils ne sont réellement produits que par l'oubli d'une précaution commandée par l'expérience et par la nature des organes sur lesquels on agit. Que penser de ces opérations de lithotritie que l'on exalte comme un triomphe, parce qu'on est parvenu à détruire un calcul en deux ou trois séances! On ne dit pas que la durée de chacune d'elles a été d'une demi-heure, d'une heure et même au delà; et surtout on se garde bien de parler des accidens qui sont survenus à la suite de ces opérations prolongées. Nous connaissons un malade qui en a subi une d'une heure et demie et à laquelle il a eu le bonheur de survivre, sans pourtant être complétement débarrassé de sa pierre. D'autres moins heureux ont succombé; nous pourrions en citer des exemples fournis par la pratique des hôpitaux. Il est à remarquer que c'est sur des faits de ce genre que les détracteurs de la lithotritie se sont appuyés pour combattre cette méthode.

Nous saisirons cette occasion pour relever une erreur que l'on a cherché à accréditer. Beaucoup de personnes croient que M. Civiale ne fait usage dans ses opérations que de la pince à trois branches. Il est vrai qu'il n'a pas cru devoir abandonner cet instrument, dont les avantages ne sauraient être méconnus dans une foule de circonstances; mais il est vrai aussi qu'il a été un des premiers à employer le percuteur double. Tout en signalant les défauts de cet instrument, il s'est attaché à les corriger, afin de pouvoir étendre la sphère de son application.

Tel qu'il fut primitivement proposé et employé par son inventeur, le percuteur était d'un usage peu commode et borné à l'exécution de l'idée qui avait présidé à sa conception; c'est-à-dire que la percussion était à peu près le seul moyen efficace pour opérer le broiement des calculs. Les inconvéniens de la plupart des procédés jusqu'alors employés pour agir avec promptitude sur des grosses pierres, disparurent, au moins en grande partie, quand M. Heurteloup eût fait connaître son nouveau moyen de destruction. Un point fixe, un marteau étaient indispensables pour des manœuvres que l'on a tant d'intérêt à simplifier, en les exécutant avec la main seule sans avoir recours à des appareils embarrassans pour le chirurgien, et toujours effrayans pour le malade. La compression, qui seule suffit le plus souvent pour écraser de petites pierres ou de gros fragmens tendres, était peu énergique avec le premier percuteur. Les modifications que cet instrument a subi depuis son introduction dans la pratique, ont d'abord porté sur un point; l'addition d'une vis pratiquée sur l'extrémité de la branche fixe et d'un écrou à poignée, dont on varie au reste la forme, était un véritable perfectionnement.

Cette disposition, dont l'idée a été fournie par l'instrument de M. Jacobson, permit d'agir sur le calcul par une pression très-considérable, et suffisante dans la majorité des cas pour le briser. Il faut qu'il ait un certain volume et que sa cohésion soit forte pour qu'il résiste au mode d'action imprimé par l'écrou à la branche mobile, car la compression alors exercée n'a d'autres bornes que la fracture des branches de l'instrument.

Le perfectionnement dont nous parlons n'a pas peu contribué à étendre l'usage du percuteur. Sans l'appa-

reil de compression qui a été ajouté, cet instrument offrirait l'inconvénient d'avoir sans cesse recours au marteau pour briser de petits calculs et même des fragmens qui cèdent facilement à quelques tours de vis.

Cet appareil a encore un autre avantage, c'est celui de fixer plus sûrement le calcul sans être exposé à le laisser échapper dès qu'il a été saisi ou pendant qu'on exerce la percussion si elle est nécessaire.

Tel est le percuteur modifié par M. Ségalas, et dont se servent la plupart des chirurgiens.

M. Civiale, frappé des difficultés que présente souvent la sortie de l'instrument à cause des détritus qui s'agglomèrent dans sa partie recourbée, lui a fait subir une modification. Elle consiste dans l'applatissement des deux extrémités des branches et dans la diminution de l'excavation que présente le talon de la branche fixe.

Ce chirurgien s'est aussi étudié à simplifier le manuel des opérations diverses que l'on peut exécuter avec cet instrument. C'est sur l'appareil de pression que se sont surtout dirigées ses recherches. Toutes les personnes qui font usage du percuteur ont pu être frappées des inconvéniens qu'offre la présence d'un écrou que l'on est obligé de faire rétrograder chaque fois que l'on veut écarter les branches pour se livrer à de nouvelles recherches ; il était essentiel de pouvoir faire agir à chaque instant, et même après avoir percuté, la branche mobile dans la rainure de la branche fixe ; il fallait en un mot rendre l'appareil de pression indépendant du mouvement des branches, et néanmoins l'établir de manière qu'il pût au besoin leur imprimer son action, mais sans cesser de faire corps avec elles.

Déjà M. Charrière, cet habile mécanicien, à qui la chirurgie est redevable d'un grand nombre d'améliorations apportées dans la fabrication de ses instrumens, avait exécuté un appareil de pression qui avait l'inconvénient de former une partie isolée, un nouvel instrument qu'il fallait ajouter au percuteur chaque fois que la main seule ne suffisait pas pour écraser le calcul.

M. Civiale a eu l'idée de modifier cet appareil et de l'ajouter au percuteur lui-même. Pour celui de M. Ségalas, la vis est pratiquée sur la branche fixe et l'écrou marche sur elle en faisant avancer la branche mobile. Dans le nouveau mécanisme, au contraire, la branche mobile porte une sorte de fusée cylindrique taillée en pas-de-vis, qui glisse dans la branche fixe.

A l'extrémité de cette branche est établie un anneau brisé à ressort, qui porte de chaque côté deux pièces taraudées. Le rapprochement des parties de l'anneau engage l'écrou brisé dans deux ouvertures latérales ménagées sur la branche fixe ; la vis se trouve alors en communication avec l'écrou ; mais il suffit de presser le ressort pour l'en isoler complétement, et pour rendre à la branche mobile toute la liberté de va-et-vient.

Ce mécanisme ingénieux a été exécuté par M. Charrière avec toute la perfection qu'il donne à ses instrumens. M. Civiale a pu déjà apprécier les avantages que présente dans la manœuvre ce nouveau percuteur, sur lequel on a établi aussi une poignée circulaire qui facilite la compression avec la main seule, et qui sert en outre à faire marcher la vis.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

Clinique de M. Cloquet.

Affection maligne et anomale du bras. Réflexions pratiques.

Au n° 2 de la salle des hommes, est couché un malade âgé de 50 ans, de constitution cacochyme, mais assez fort pourtant, offrant une affection organique au bras droit dont il ne nous paraît pas facile de déterminer le caractère.

Voici quelles sont les apparences du membre dans l'état actuel :

Bras et partie de l'avant-bras triplés de volume ; dureté de marbre et insensibilité absolue au toucher sur tous les points de la surface de la peau et des muscles sous-jacens. (On dirait que les chairs ont été soumises à la préparation de pétrification de M. Ségato). Existence d'une ulcération à la partie moyenne externe du bras, de la grandeur de la paume de la main, de huit à quinze lignes de profondeur, de figure irrégulière, sa circonférence imitant en quelque sorte les lignes d'une ville tracée sur une carte géographique ; bords taillés à pic, très-épais et très-durs ; fond très-sale, suppurant peu du reste, ou plutôt ne rendant qu'un peu de matière sanieuse d'une fétidité particulière, qui n'est pas celle du cancer ordinaire, soit cutané, soit viscéral. La circonférence de cette énorme caverne est bordée d'une teinte chocolat clair, puis de quelques plaques rougeâtres cutanées. A la juger au premier coup-d'œil, cette plaie aurait été prise pour celle d'un charbon malin ou d'un anthrax, mais il n'en est rien en réalité. Aucune glande, du reste, n'est engorgée visiblement soit sous l'aisselle, soit derrière la clavicule, soit ailleurs. L'articulation scapulo-humérale et les parties molles qui la couvrent paraissent parfaitement saines. Le malade éprouve de vives douleurs dans la partie, est un peu pâle, tousse de temps en temps, mais du reste il mange et digère bien ; il a de l'embonpoint, et sa constitution paraît encore assez forte pour pouvoir résister au besoin à une opération sanglante. Tel est l'état présent de la maladie et du malade. Voyons le commémoratif.

Étant à Londres, il y a quinze mois, en qualité d'avocat français voyageur, d'après son dire, ce malade a été saisi, sans cause appréciable, de très-vives douleurs lancinantes dans la partie moyenne et profonde du bras qui ont été prises et traitées pour rhumatismales. Ces douleurs ont résisté opiniâtrement à tous les remèdes employés. Elles ont été longtemps après suivies de l'apparition d'une tumeur dure, du volume d'un œuf dans l'épaisseur des chairs du bras, s'avançant lentement vers l'épiderme de la région douloureuse. Ce fut alors

qu'il se fit recevoir dans l'hôpital Saint-Thomas, où plusieurs des plus habiles chirurgiens de Londres l'ont examiné. Les uns voulaient (d'après le dire du malade toujours) que ce fût une affection organique de l'os ou de la moelle humérale; les autres croyaient à une tumeur fibreuse; d'autres enfin y voyaient une tumeur de toute autre nature. Tout ceci cependant ne s'accordait pas trop avec le gonflement prodigieux du membre, la dureté des parties molles, et les douleurs que le malade y ressentait. Quoi qu'il en soit, force sangsues et cataplasmes ont été appliqués pendant treize mois sur le mal sans aucun amendement. Enfin le malade a quitté Londres et repris le chemin continental depuis deux mois passés. Jusque-là il n'y avait pas eu, comme on le voit, de solution de continuité à la peau. C'est à compter de cette dernière époque, en effet, que de petites vésicules se sont manifestées à la surface externe du bras, lesquelles en s'ouvrant ont donné naissance à des ulcérations progressives, et formé enfin la caverne fétide que nous venons de décrire.

Quelle est la nature de cette affection? Les patho-dermatographes trouveront peut-être des noms particuliers pour la désigner et la classer; d'autres n'y verront qu'une inflammation *sui generis*. Boyer enfin vous eût dit probablement, c'est un cancer. Cependant, si l'on veut avoir égard à la manière dont la maladie a débuté et marché, aussi bien qu'aux caractères physiques et physiologiques qu'elle présente actuellement, on conviendra qu'il n'y a presque rien dans cet ensemble qui soit propre au cancer ordinaire. Effectivement, ce n'est pas par la douleur que cette dernière affection se déclare; ce n'est pas non plus avec une pareille physionomie que le cancer se montre ordinairement.

Tout en reconnaissant le caractère malin de l'affection dont il s'agit, nous avouons que nous n'en comprenons pas la nature. Nous n'avons jamais vu d'exemple analogue, et nous ne sachons pas qu'on ait encore décrit une pareille maladie du membre thoracique, à moins qu'on ne veuille la considérer comme une variété particulière du cancer, ce qui ne satisfait pas tous les pathologistes.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de positif et d'important pour nous, c'est la nécessité indispensable d'abattre le plus tôt possible le membre dans son article scapulaire, si l'on veut prévenir une mort certaine. Ainsi que nous venons de le dire, l'état de cette articulation, des parties molles qui l'entourent et de la constitution, nous paraît actuellement assez bien conditionnée pour que l'opération puisse être faite. En sera-t-il de même si l'on attend davantage, ou bien si le malade se refuse? Nous ne le pensons pas. Nous croyons qu'ici le mal *peggiorando invecchia*, et que par conséquent *periculum est in morâ*.

Nous ignorons en vérité quelle est l'opinion du professeur de clinique à l'égard de ce malade; car il ne s'est pas expliqué depuis tout le temps que ce sujet est à l'hôpital. Si nous en jugeons cependant d'après la médication qu'il met en usage (c'est-à-dire les légères cautérisations de l'énorme et fétide caverne, à l'aide du nitrate de mercure ou de potasse), il a sur la maladie des idées bien différentes de celles que nous venons d'avancer. Nous croyons cette conduite thérapeutique parfaitement inutile. Nous pensons que cette perte de temps mettra bientôt le malade hors d'état de jouir des bienfaits d'une opération sanglante.

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

FÉVRIER 1836.

N° 6. — 6 FÉVRIER.

Des saignées répétées dans le début des maladies aiguës; par le Docteur FUSTER.

(PREMIER ARTICLE.)

L'Académie de médecine vient de clore une trop longue discussion sur la question de savoir si les saignées copieuses répétées coup sur coup ne sont pas le moyen le plus efficace et le plus prompt pour couper court à toutes les maladies aiguës. C'est dans ces termes que les avantages des émissions sanguines ont été préconisés, en s'appuyant toutefois de l'autorité des résultats cliniques d'un professeur distingué à qui on a fait honneur de cette méthode. Il est superflu de remettre sous les yeux l'histoire d'une discussion exposée en détail dans nos comptes-rendus des séances de l'Académie. Il ne s'agit pour nous en ce moment que de la question même. Jusqu'à quel point la méthode dont on parle ici est une nouveauté? jusqu'à quel point cette méthode s'applique sans distinction à toutes les maladies aiguës intercurrentes? Tels sont les deux points que nous nous réservons d'examiner dans cet article. Disons d'abord avant d'aller plus loin en quoi consiste cette précieuse méthode.

Dès les premiers jours les malades sont saignés copieusement trois fois en 12 heures. On commence par une saignée du bras de trois à cinq palettes; on pratique ensuite à l'aide des ventouses une seconde saignée de trois palettes; enfin dans l'après-midi une saignée par les sangsues succède aux deux premières. Le lendemain on recommence à saigner comme le jour précédent et de la même manière. Nous généraliserons convenablement cette méthode de traitement en posant en principe qu'il faut faire coup sur coup des saignées copieuses. Nous avons déjà dit que ce mode de curation s'applique avec le même avantage à toutes les maladies aiguës intercurrentes. Sur ce nombre, M. le professeur Bouillaud, auteur de ce traitement, a fait mention de la pneumonie, du rhumatisme, de l'érysipèle et de l'angine. Toutefois, nous le répétons, ces exemples ne sont que des cas d'application de la méthode dont il est question; car il est bien entendu qu'elle a les mêmes succès contre toutes les maladies aiguës non épidémiques.

Quant à ces succès, ils sont si grands qu'aucune autre méthode n'en offre d'aussi brillans. En additionnant les chiffres des morts dans les pneumonies traitées différemment, on trouve à peu de choses près le tiers des malades; en les traitant par les saignées *à outrance,* suivant l'expression de M. Bouillaud, on n'a perdu qu'un pneumonique sur huit et demi, et même toute réduction faite des cas mortels dans lesquels la méthode proposée n'a pu être appliquée, on ne trouve, par une simple règle de proportion, qu'un mort sur vingt-trois et demi. Remarquons en outre que les pneumoniques ainsi traités, au lieu de rester malades des quatorze, vingt jours ou davantage, comme il arrive pour l'ordinaire, entrent généralement en convalescence du quatrième au cinquième jour.

Les succès sont encore plus saillans contre les autres maladies. Tous les érysipèles soumis à ce traitement ont été guéris. Sur quatre-vingt et quelques cas de rhumatismes articulaires, bien que plusieurs fussent compliqués de péricardite ou de pleurésie, aucun n'a succombé; et tandis que par les autres moyens cette affection traîne des semaines ou des mois entiers, les saignées pratiquées coup sur coup décident en sept ou huit jours des convalescences complètes. Les angines n'ont pas donné non plus un seul mort. Il y a plus : c'est que les angines légères, pour lesquelles on s'est borné à l'expectation, ont traîné en longueur ou se sont aggravées même, au lieu que les plus graves attaquées par les saignées ont guéri promptement et radicalement. Maintenant que nous avons dans les mains toutes les circonstances de cette méthode, jugeons ses prétentions à leur valeur réelle, sans chercher ailleurs que dans une juste appréciation de ces circonstances les bases de notre jugement.

Le premier fait à éclaircir, c'est la date précise de l'origine de cette méthode. Ce n'est pas une question oiseuse que l'époque de la naissance d'une opinion théorique, d'un précepte de pratique; en présence d'un procédé nouveau ou d'une application nouvelle, il n'y a rien de mieux à faire qu'à se retrancher dans un doute philosophique et à se taire, en attendant qu'une somme suffisante d'observations de faits nous excite à l'admettre ou à la repousser; mais si par hasard la découverte supposée a déjà subi l'épreuve de l'expérience nous sommes dispensés de perdre notre temps à une vérification qu'on trouve toute faite; et nous prononçons avec confiance, sur la foi de ceux qui nous ont légué les fruits de leurs investigations, que la vue théorique ou le procédé pratique renouvelé est bon ou mauvais, ou que selon les cas il est utile ou dangereux. D'après ce prin-

cipe confrontons le méthode de M. le professeur Bouillaud avec les méthodes thérapeutiques appliquées successivement contre les maladies dans lesquelles on assure aujourd'hui qu'on voit triompher les saignées à outrance. Il serait trop long de passer en revue toutes les espèces de maladies intercurrentes. Citons-en deux ou trois seulement, en ayant soin de les prendre parmi les plus remarquables. Nous nous en tiendrons pour le moment à la pleurésie et à la pneumonie, au rhumatisme articulaire et aux fièvres typhoïdes.

C'est avec un véritable regret que nous voyons des hommes tels que ceux qui se sont faits les champions de cette méthode de traitement, être si peu versés dans l'histoire pratique de notre art, qu'ils nous donnent avec confiance comme un mode de traitement tout nouveau une méthode de thérapeutique qu'on trouve écrite, pour ainsi dire, à chaque page dans les ouvrages d'une multitude de médecins des trois derniers siècles, parmi lesquels on compte les plus grandes notabilités médicales. Commençons par les ouvrages les plus près de nous, nous ferons abstraction de ceux qui ne datent que de ce siècle, et nous ne parlerons que des principaux; ils suffiront à justifier une opinion populaire très-mal reçue en tout temps par les novateurs, savoir qu'il y a en médecine bien peu d'applications dont on ne trouve au moins des essais décisifs dans les annales de la science. Voici d'abord Huxham.

Dans la dissertation de ce médecin sur la pleurésie et la péripneumonie, il remarque que dans la péripneumonie il est absolument nécessaire de faire *promptement des saignées copieuses et répétées*. Dès le début, il exige une bonne saignée par une grande ouverture. Si cette première ne calme pas les symptômes, il faut la répéter au bout de huit, dix ou douze heures, et même plus tôt. Si celle-ci n'est pas encore suffisante, on y reviendra une troisième fois... En un mot, il prescrit de saigner jusqu'à ce que la respiration soit devenue plus libre et plus facile. Dans les pneumonies doubles, il recommande, pour plus de promptitude, de saigner en même temps des deux bras; et ailleurs il ajoute que, comme ces inflammations du poumon ou suffoquent rapidement les malades, ou se terminent par la suppuration, la gangrène ou le squirrhe, il faut faire le plus tôt possible des saignées abondantes et multipliées; et dans les cas où les saignées générales ne seraient pas praticables, il ordonne d'y suppléer par les ventouses scarifiées.

Sydenham donne la saignée comme sa plus grande espérance contre la pleurésie. Aussitôt qu'il est appelé auprès du malade, il fait tirer sur-le-champ du bras environ dix onces de sang. Si la douleur est violente, il réitère la saignée de la même manière. Il les répète le second, le troisième et le quatrième jours. Il affirme hardiment que la pleurésie se guérit aussi sûrement qu'une autre maladie si on la traite par la saignée réitérée, et qu'elle se guérit ainsi dans un temps très-court. Le traitement de la pneumonie était semblable à celui de la pleurésie; seulement, les saignées devaient être plus fréquentes et plus copieuses; puisque, d'après les idées de ce grand médecin, la pneumonie et la pleurésie étaient la même maladie, mais que seulement dans la pneumonie l'inflammation était plus grande. (Sydenham, chap. IV.)

De Haen, après Sydenham, a poussé encore plus loin cette méthode de traitement. En voici les preuves. Dans le premier chapitre de la neuvième partie de son *Ratio medendi*, il rapporte l'histoire d'une pleuro-pneumonique qui mourut le septième jour de sa maladie, quoiqu'elle eût été saignée six fois et qu'on ne lui eût pas extrait moins de cinq livres de sang. Dans la douzième partie, chapitre Ier, il rapporte une autre histoire de pleuro-pneumonie dans laquelle il avait pratiqué dès le début, et en moins de trois jours, cinq saignées abondantes, puisque par la troisième, la seule dont il énonce la quantité, il avait extrait 14 onces de sang. Cette nouvelle malade ne guérit que le soixante-onzième jour. Dans la quatorzième partie, chapitre Ier, on lit encore trois histoires de la même maladie non moins frappantes. Dans l'une, il fit faire coup sur coup quatre saignées d'une livre chacune; dans la seconde, il en fit faire neuf en trois jours, et il obtint 9 livres et demie de sang. Ajoutons que ce sujet avait déjà été saigné une première fois avant de se présenter à l'hôpital. Enfin dans la dernière, le malade, entré à l'hôpital au milieu du quatrième jour de sa maladie, perdit en trois jours de temps, par les saignées qu'on lui pratiqua, 9 livres et demie de sang. Nous dirons en outre que ce malade avait été déjà saigné deux fois hors de l'hôpital, dans les premiers jours de sa maladie.

Le rhumatisme aigu n'a pas été moins traité par les saignées réitérées que les pleurésies et les pneumonies. Contentons-nous d'un seul témoignage. Nous l'emprunterons à la pratique d'un des plus grands médecins, ce qui est un garant que cette méthode a dû obtenir de nombreux suffrages. Baillou, dans un petit traité sur cette maladie, établit que le rhumatisme ne doit pas avoir un autre traitement que celui par les saignées promptes, abondantes et réitérées. *Largè et sæpè*, dit-il, *sanguis mitti debet*. Il gourmande les médecins qui reculent devant ce mode de traitement ou qui ne l'appliquent qu'avec trop de réserve. Rien, d'après la manière de voir de ce praticien, ne doit détourner de traiter ainsi le rhumatisme, *per luculentam et frequentem phlebotomiam*. Il cite, en preuve de l'excellence de cette méthode, une histoire fort curieuse. Un seigneur angevin, affecté d'un rhumatisme depuis six semaines, avait été saigné dix fois et avait fait tout aussi inutilement beaucoup d'autres remèdes. Il était presque dans un état désespéré, lorsqu'il se déclara spontanément une hémorrhagie si abondante, qu'on crut qu'il allait passer; et cependant il entra en convalescence aussitôt après cette perte de sang excessive. Arrivons aux fièvres dites typhoïdes.

On sait qu'on donne aujourd'hui le nom de fièvres typhoïdes à toutes les maladies un peu graves dans lesquelles les symptômes pyrétiques sont accompagnés de quelques-uns des phénomènes qu'on rencontre dans le véritable typhus. Ce n'est pas le cas de contester la lé-

gitimité de cette synonymie, dont le moindre inconvénient, à notre avis, est de confondre dans la même idée pathologique une multitude d'états morbides différens. Bornons-nous à faire remarquer que ce qu'on appelle de nos jours fièvre grave ou fièvre typhoïde confirmée, présente les plus grandes analogies avec ce que les médecins connaissaient jadis sous le nom de fièvre pestilentielle ou de fièvre maligne. Ce rapport établi, voyons si, dans l'ancienne pratique de ces fièvres, on ne trouve pas quelque rapprochement à faire avec le traitement des fièvres typhoïdes par les saignées copieuses répétées, qu'on vante comme une découverte de notre temps.

Rivière, dans une fièvre maligne appelée peste, qui régna à Montpellier en 1623, ne trouva pas de moyen plus efficace, après avoir vu périr la moitié de ses malades par les autres méthodes, que de recourir aux saignées réitérées, soit avec la lancette, soit avec les ventouses scarifiées. Quarante ans auparavant. Leonard Botal, conseiller et médecin du duc de Brabant, du roi et de la reine de France, avait déclaré dans son livre, *De venæ sectione*, chapitre VII, qu'il n'y avait, suivant son opinion, aucune espèce de peste dans laquelle la saignée ne fût le remède le plus puissant. Il ajoute que la saignée n'a manqué quelquefois ses bons effets que parce qu'elle a été employée ou *trop tard* ou en *trop petite quantité*. « Comment, s'écrie-t-il, est-il possible de juger de l'avantage ou du danger de cette pratique, quand on y recourt avec tant de timidité? Lorsque, dans une maladie qui ne guérit que par une soustraction de 4 livres de sang, on n'en tire qu'une seule livre, ce n'est pas par la saignée que périt le malade, mais c'est plutôt parce que la saignée n'a été ni assez copieuse ni assez prompte. » Botal conclut de ses raisonnemens que, pour provoquer une bonne crise comme pour en corriger une mauvaise, aussi bien que pour relever les forces, rien n'est plus utile que des saignées promptes, larges et répétées. Botal rapporte à l'appui de sa pratique un grand nombre d'observations de maladies de cette classe dans lesquelles il n'a obtenu la guérison de ses malades qu'au prix de l'effusion de plusieurs livres de sang. Botal n'était pas le seul de son temps à procéder au traitement de ces fièvres par d'abondantes saignées. Louis Septal, son contemporain, ne traitait pas autrement ses malades, comme on peut le voir dans la description d'une maladie pestilentielle qu'il observa à Milan en 1575 et 1576. Et même, si nous en croyons ce médecin, ses succès et ceux de quelques autres praticiens qui traitaient comme lui les Milanais par les émissions sanguines, furent tels, qu'ils entraînèrent la conviction de plusieurs confrères attachés jusque-là à la doctrine de Fracastor, absolument contraire à l'emploi de la saignée contre ces maladies. Il y a plus : si l'on prend la peine de compulser les documens historiques de la pratique médicale pendant la dernière portion du seizième siècle, on reconnaîtra que l'ensemble des praticiens était partagé en deux camps : l'un, fidèle aux erremens de l'ancienne école, était partisan déclaré des sudorifiques et des alexipharmaques, tandis que l'autre appliquait les idées de Botal, et procédait dans tous les cas par de fortes et de fréquentes saignées. Dans le siècle suivant, Sydenham se conforma au système de Botal mitigé dans le traitement de la vraie peste. Tout le monde sait que ce grand homme n'a trouvé, contre cette redoutable affection, aucune méthode supérieure aux saignées abondantes et réitérées. Enfin, dans le dix-huitième siècle, De Haen, que nous avons déjà nommé, se révolte à la pensée qu'on puisse attaquer d'une autre manière les fièvres pestilentielles. Il revient à plusieurs reprises, dans presque toutes les parties de sa Médecine pratique, sur la nécessité de ne leur opposer que des émissions sanguines aussi promptes que fréquentes et copieuses. Jusqu'ici nous n'avons guère signalé que des exemples de cette pratique dans des cas tout à fait particuliers. Il nous reste à montrer que, longtemps avant nous, on en avait fait un principe général de thérapeutique, ou qu'en un mot on en avait fait un véritable système.

Nous reproduirons ici une citation déjà rapportée dans la dernière séance de l'Académie de médecine par M. Honoré. Botal, il y a environ 300 ans, avait déjà réduit en méthode l'emploi des saignées copieuses et réitérées. Il cite nominativement, dans un écrit intitulé *de curatione per sanguinis missionem*, les circonstances dans lesquelles on serait tenté de croire qu'elle est contre-indiquée, et il démontre ou s'efforce de démontrer que la plupart de ces contre-indications ne sont qu'illusoires, et se transforment au contraire en indications positives de ces sortes de saignées. Quant à lui, dans presque toutes les maladies aiguës il pratiquait d'abord une saignée de deux ou trois livres ; six heures après une seconde saignée d'une livre et demie ; cependant il pose en règle de ne pas tirer au-delà de cinq livres de sang par jour. Botal suppléait aussi très-souvent à l'ouverture de la veine par les ventouses scarifiées. On sait aussi, d'après Botal même, qu'il y avait des médecins qui tiraient encore une plus grande quantité de sang que lui. Cette méthode est appelée avec raison atroce, et l'on a refusé pour cette cause de l'assimiler à la méthode proposée aujourd'hui. Mais en voici une autre tout aussi bien formulée qui s'ajuste, si nous ne sommes dans l'erreur, plus exactement avec celle ci. Elle date d'une centaine d'années, et se trouve bien expressément consignée dans un ouvrage d'une haute portée pratique, que les bons médecins savent tous par cœur. Nous voulons parler du *ratio medendi* du prédécesseur de Stoll à la clinique de l'hôpital de Vienne ou de De Haën.

Cet illustre médecin s'occupe, dans le chapitre Ier de la 13e partie de cet ouvrage, de tracer les règles pratiques du traitement des maladies aiguës. Il arrive ainsi à l'emploi de la saignée. Il met ce moyen au-dessus de tous les autres, qu'il regarde la plupart comme absolument inutiles tant qu'ils ne sont pas aidés par celui-ci. Il avance ensuite que, selon les cas, il pratique cette opération deux, trois, quatre, six, huit fois de suite et davantage, non-seulement dans les quatre premiers jours des maladies aiguës, mais après six, huit, dix, douze jours, et à toutes les époques de leur

durée, tant qu'il reste des signes de crudité. Nous remarquerons qu'ici il n'est pas question de telle ou telle maladie particulière, mais de toutes les maladies aiguës sans exception, dans lesquelles il comprend même, ainsi qu'on l'a vu par les citations que nous avons déjà faites, les affections épidémiques aussi bien que les maladies intercurrentes. La quantité de sang qu'il tire par ses saignées peut être appréciée de la même manière d'après les histoires de malades qu'il a rapportées On voit qu'elle est souvent de 14 onces, qu'elle est ordinairement d'une livre, qu'aucune n'est moindre de dix onces; et qu'en quelques jours il tire selon les circonstances depuis cinq ou six livres de sang jusqu'à dix livres et au delà. Nous ne pensons pas que, tant pour le temps des maladies où ces saignées sont pratiquées, que pour la masse des émissions sanguines et pour la fréquence de leur répétition habituelle, on puisse exiger plus de conformité entre cette méthode et celle de M. le professeur Bouillaud. Il résulte des faits annoncés jusqu'ici, que cette méthode n'est pas nouvelle, et qu'elle remonte au moins à près de cent ans. Il nous reste à juger de la valeur de cette méthode telle qu'elle est à notre époque : nous remplirons cette tâche dans un prochain et dernier article.

De la compression médiate des veines variqueuses au-dessus du lieu malade; procédé de M. Breschet, modifié et appliqué par M. Sanson comme méthode générale au traitement des varices; par M. Boinet, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Tout le monde sait aujourd'hui, et de nombreux faits pathologiques dispersés dans la science montrent d'une manière évidente que les veines même les plus volumineuses peuvent impunément s'oblitérer et devenir par conséquent tout à fait inutiles pour la circulation, sans qu'il en résulte le plus petit inconvénient, soit pour l'économie en général, soit pour la partie où siége la veine oblitérée. C'est en effet par l'oblitération seule qu'on parvient à une cure radicale des varices. Tant qu'on se borne à comprimer la varice, jamais elle ne guérit entièrement; elle n'est que palliée, car dès qu'on cesse le bandage compressif elle reparaît; cette oblitération, qu'on a cherché à obtenir par divers moyens qui doivent être rejetés, tels que la ligature, la méthode de Delpech, la section simple du corps de la veine, la section unie à la résection des extrémités divisées, et l'ablation d'une plus ou moins longue portion du tronc veineux, etc., n'a aucune influence sur la circulation, qui se rétablit par les veines profondes. L'anatomie pathologique a suffisamment prouvé cette proposition, ainsi que le démontrent les faits suivans.

Baillie rapporte l'observation d'une oblitération complète de la veine-cave inférieure, depuis les veines rénales jusqu'au cœur; il ne s'en était suivi aucune oblitération des veines situées au-dessous; la circulation s'était rétablie par les veines lombaires et par les deux azigos.

Wilson a rencontré une oblitération encore plus étendue du même vaisseau; elle comprenait même les veines iliaques primitives externes et internes; la circulation avait été rétablie par les anastomoses qui existent entre les veines des parties postérieures et latérales du bassin, et les veines lombaires et rachidiennes. Les vaisseaux du membre inférieur étaient dans leur état naturel.

Cline avait vu un exemple d'oblitération de la fin de la veine-cave inférieure; la circulation fut rétablie par les veines abdominales thoraciques et lombaires, qui étaient devenues variqueuses.

M. Cruveilhier rapporte un fait à peu près semblable. Haller, Hogdson, parlent aussi de ces cas d'oblitération de la veine cave inférieure, sans qu'il en soit résulté l'oblitération d'aucune autre veine. Hogdson a rencontré deux fois l'oblitération de la veine iliaque, sans que les veines du membre correspondant fussent oblitérées ou même dilatées.

M. Huguier a également rencontré en disséquant une oblitération complète du tiers supérieur de la veine crurale et de toute la longueur de l'iliaque externe; la circulation s'était rétablie à l'aide des anastomoses qui existent entre la saphène, les perforantes, la circonflexe interne, l'obturatrice, l'ischiatique et la fessière; la saphène interne n'en était pas moins perméable au sang, elle était même un peu plus volumineuse que celle du côté opposé, sans cependant être variqueuse.

Dans le tome 1er du Dictionnaire en 25 volumes, on lit: « Quelques observations recueillies dans ces derniers temps ont donné à ces veines (les tégumenteuses) et à leurs anastomoses avec les branches de l'axillaire, une importance qui n'avait pas été soupçonnée; on les a vues énormément dilatées et flexueuses dans des cas où la veine cave inférieure était oblitérée; elles avaient alors concouru autant que l'azigos à remener vers la veine cave supérieure le sang que l'inférieure avait cessé de transmettre à l'oreillette droite. Un fait de ce genre est rapporté dans l'Anatomie chirurgicale de M. Velpeau; un deuxième a été recueilli par M. Hourmann, à la clinique de M. Louis.»

D'après tous ces faits que je trouve pour la plupart consignés dans la thèse de M. Huguier, d'après la disposition anatomique des vaisseaux et certaines anomalies de ces vaisseaux, M. Huguier conclut: 1° que la facilité avec laquelle peut s'établir une circulation collatérale, s'oppose à l'oblitération du vaisseau variqueux; 2° que l'arrêt du cours du sang dans un point du système veineux n'amène pas l'oblitération des veines placées au-dessous de ce point, mais produit assez fréquemment leur dilatation; 3° que, par conséquent, il est inutile de chercher à obtenir cette oblitération, puisqu'elle est insuffisante.

Ici notre manière de voir diffère tout à fait de celle de M. Huguier; et les faits qu'il rapporte pour démontrer l'insuffisance de l'oblitération des veines dans la phlébectasie, prouvent au contraire, selon nous, que, puisque l'oblitération d'un gros tronc veineux peut avoir lieu sans accident pour l'économie, la circulation

se rétablissant facilement par les veines profondes, et d'autre part la guérison des veines variqueuses étant possible ainsi que le prouvent les faits rapportés par Hogdson et ceux que nous avons observés, on doit alors rechercher, et c'est ce qu'ont fait et font encore beaucoup de chirurgiens anciens et modernes, à obtenir l'oblitération des veines dans les varices. Si les résultats ont été souvent incomplets ou fâcheux, on ne doit en accuser que les moyens qui sont insuffisans et le plus souvent très-dangereux.

Pour parvenir à cette guérison complète, on a, dans tous les temps, proposé divers procédés. L'excision, la cautérisation, étaient employées du temps de Celse. J.-L. Petit, et après lui d'autres praticiens, ont de nouveau recommandé l'extirpation dans des cas particuliers, savoir, lorsque les veines variqueuses sont tortueuses et agglomérées. La ligature pratiquée du temps d'Ambroise Paré, de Dionis, a été renouvelée par les Anglais. On en trouve des exemples dans l'ouvrage de Hogdson : Béclard, Delpech l'employaient également.

Une autre méthode consiste à ouvrir le vaisseau dilaté, à le vider et à chercher d'obtenir l'adhérence de ses parois par la compression. Souvent des accidens inflammatoires violens ont traversé le traitement et mis la vie des malades en danger. Quelquefois des symptômes de suppuration se sont déclarés et ont amené la mort.

Quelques praticiens à la tête desquels on compte M. Richerand, conseillent l'incision du vaisseau variqueux dans toute son étendue, pour faire sortir les caillots qu'il contient, laissent pendant quelque temps un libre cours à l'hémorrhagie veineuse, pansent la plaie avec de la charpie, et laissent suppurer. De cette manière, disent-ils, on obtient une inflammation modérée et bornée aux points incisés ; la suppuration s'établit, et cette plaie entretenue ouverte donne une libre issue au pus ; la veine s'oblitère peu à peu sans accident, à mesure que la cicatrice se forme. Cette méthode n'est pas meilleure que l'excision ou la cautérisation, puisqu'elle est susceptible d'être suivie des mêmes accidens.

M. Brodie, reconnaissant les inconvéniens et les dangers d'une incision étendue de la peau qui recouvre la varice, propose de diviser complétement les vaisseaux variqueux, en conservant intacte la peau qui les recouvre, à l'exception d'une simple piqûre que nécessite l'introduction de l'instrument avec lequel on opère la section de la veine. Il est facile de prévoir que cette plaie intérieure, qui doit en effet se cicatriser plus facilement qu'une incision ordinaire de la peau, n'est pas exempte de dangers.

Delpech incisait la peau et mettait la veine à découvert dans l'étendue d'un pouce ; ce vaisseau étant disséqué et soulevé, il glissait au-dessous un morceau d'amadou d'un demi-pouce de largeur sur deux de long ; il l'assujétissait à l'aide de deux bandelettes agglutinatives ; ensuite il passait, comme dans le cas de plaie simple, un plumasseau de charpie, etc. De cette manière, la veine était aplatie et ses parois exactement mises en contact. Delpech, comme on le voit, avait bien saisi l'indication, mais les moyens pour la remplir n'étaient pas assez simples. Cette méthode avait l'avantage très-grand de procurer l'oblitération dans une étendue plus considérable qu'après la ligature.

Plus récemment, et tout nouvellement encore, plusieurs chirurgiens, frappés de la difficulté de guérir les varices, et surtout du danger qu'il y a à exposer une veine à l'air, même dans une petite étendue, ont cherché un moyen à l'aide duquel on pût éviter tous les accidens qui survenaient à la suite des autres méthodes. Dans ce but, MM. Lallemand, Davat et Velpeau ont proposé l'acupuncture, qu'ils ont employée de différentes manières. Cette méthode n'est pas non plus au-dessus de tout reproche ; car si l'inflammation de la membrane interne des veines est une chose si grave à la suite d'une simple piqûre, elle doit rendre les chirurgiens moins confians dans les résultats d'une semblable opération. Dans le but d'obtenir une inflammation adhésive des parois des veines, le professeur de Montpellier enfonce des aiguilles dans la tumeur elle-même et les laisse séjourner jusqu'à ce que l'inflammation se soit développée ; tandis que MM. Davat et Velpeau appliquent les aiguilles loin du lieu malade et au-dessus de la tumeur variqueuse ; ou bien la veine est traversée de part en part par les aiguilles, ou bien elle est seulement comprimée de dedans en dehors, à l'aide d'une aiguille passée au-dessous, et sur laquelle on croise un fil en 8 de chiffre, afin de comprimer plus exactement la veine entre l'aiguille et la peau. Ce dernier procédé, qui ne réussit pas toujours, selon M. Davat, est dans ce moment expérimenté à l'hôpital de la Charité par M. le professeur Velpeau.

Comme toutes les autres espèces de varices, le cirsocèle et le varicocèle avaient été regardés comme incurables ; on n'avait que des moyens palliatifs pour ces affections, qu'il était très-rare de guérir radicalement, lorsque M. Breschet, frappé sans doute des phénomènes si remarquables de l'oblitération des veines, qui n'entraînent pas d'accidens à leur suite, pensa qu'en oblitérant les veines spermatiques il pourrait guérir le varicocèle ; les faits ont justifié cette heureuse idée, et les beaux succès qu'il a obtenus dans son service à l'Hôtel-Dieu prouvent toute la supériorité de sa méthode. Elle consiste à prendre avec la peau les veines variqueuses du testicule et du scrotum, qui, comprimées à l'aide d'une pince faite exprès, déterminent la gangrène et la suppuration, accidens qu'on a reprochés avec raison à cette méthode, mais qu'il est facile d'éviter en modifiant les pinces, en les serrant légèrement, et en les changeant de place avant que les parties soient mortifiées. M. Sanson, témoin des résultats obtenus par M. Breschet, a pensé qu'en modifiant la pince on pouvait la rendre applicable à tous les cas de varices, et faire de ce procédé une méthode générale. L'occasion n'a pas tardé à se présenter, et trois individus affectés de varices volumineuses aux membres inférieurs ont été radicalement guéris.

Une des conditions les plus difficiles à obtenir pour l'oblitération des veines, c'était de mettre dans un contact parfait les parois des veines ; les expériences faites

par Hunter, B. Travers, Béclard et Dupuytren ayant prouvé que l'adhérence des parois des veines ne se fait pas le plus souvent parce que l'inflammation adhésive n'a lieu que dans une très-petite étendue. Pour prévenir cet inconvénient, M. Sanson a fait construire des pinces à l'aide desquelles il met en contact les parois de la veine dans l'étendue d'un pouce à peu près, il les applique toujours au-dessus du lieu malade. Du reste, il n'est pas toujours indispensable de serrer la veine elle même entre les mors de la pince, ainsi que le prouve un des faits que je vais rapporter ; et l'inflammation adhésive n'est pas nécessaire dans tous les cas, l'oblitération pouvant se faire autrement. Il suffit que la veine soit assez comprimée pour arrêter le cours du sang. Plusieurs caillots se forment, se durcissent ; alors les veines variqueuses commencent à diminuer de volume, en vertu sans doute de cette loi générale d'organisation qui veut que toute cavité dont les parois cessent d'être maintenues par le contenu se resserrent par rétraction ou autrement. Dans les veines, par exemple, il se forme d'abord un caillot qui se résorbe bientôt et diminue de volume; les parois veineuses reviennent sur elles-mêmes et s'épaississent en même temps : à mesure que le caillot s'affaisse, les veines suivent sa marche dans leur rétraction ; et lorsqu'il est entièrement résorbé, les parois se mettent en contact parfait et oblitèrent la cavité de la veine, sans qu'il y ait eu véritablement inflammation adhésive. Il nous semble qu'à l'aide de ce moyen les phlébites, les suppurations, tous les dangers que l'on a à craindre avec les autres procédés sont évités.

La pince qu'emploie M. Sanson consiste en deux plaques métalliques ovalaires, garnies de peau, de 15 lignes de longueur sur 5 de hauteur; de chaque plaque partent à angle droit deux branches de 3 à 4 lignes de largeur, qui, après un trajet horizontal de 3 à 4 lignes, se courbent de nouveau à angle droit pour se porter directement en haut ; elles ont à peu près 15 lignes de hauteur. Au milieu de l'une de ces branches verticales se trouve soudée une tige métallique qui se porte transversalement dans une ouverture pratiquée sur le milieu de l'autre branche, et à travers laquelle elle glisse facilement ; deux vis de rappel, placées, l'une à 6 lignes au dessus, l'autre à 6 lignes au-dessous de la tige transversale, et qui tournent en sens opposés, servent à rapprocher les deux plaques ovalaires destinées à saisir la veine.

Voici les faits :

Varices volumineuses de la jambe et de la cuisse gauches, guéries par la compression médiate.

Obs. I. — Juiré (Jacques), âgé de 35 ans, fort de la halle, né à Loyat (Cantal), fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 35, le 3 mars 1835, pour un gonflement avec ulcération de l'extrémité inférieure de la jambe droite. D'une forte constitution, Juiré habite Paris depuis quinze ans ; il s'enivre souvent, et malgré cela jouit d'une bonne santé. Il y a dix ans environ, il se fit au pied droit une entorse pour laquelle il alla huit ou dix jours à l'hôpital, et sortit sans être complétement guéri. Depuis lors, l'articulation tibio-tarsienne est restée plus volumineuse, douloureuse de temps en temps. Depuis cinq ou six ans, il s'est formé autour de cette articulation, et surtout à sa partie interne, quelques petites fistules qui suppurent et se ferment alternativement. Aujourd'hui le malade vient à l'hôpital parce que cette articulation est très-douloureuse, et qu'il s'est formé, à la partie interne, une ulcération de la largeur d'une pièce de dix sous. D'ailleurs cette jambe droite ne présente aucune trace de varices, tandis que la jambe gauche est sillonnée de veines variqueuses, dont quelques-unes offrent le volume du doigt, surtout lorsque le malade se tient debout. Ces veines forment une espèce de réseau et sont très-abondantes, principalement à la partie interne du membre, où elles remontent jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, en suivant le trajet de la saphène interne. Le malade assure qu'il porte ces varices depuis quinze à vingt ans, et qu'il n'a jamais porté de bas lacé ; qu'elles ont augmenté petit à petit sans l'incommoder, sans le gêner, à moins qu'il ne soit obligé de faire de longues courses. Cette jambe gauche n'a jamais été affectée de plaie. On propose au malade de le débarrasser de ses varices, ce qu'il accepte aussitôt.

Le 16 mars, on soulève la saphène interne au tiers supérieur de la cuisse, au-dessus de l'endroit où elle est variqueuse, et on cherche à la pincer avec des pinces que M. Sanson a fait construire dans cette intention. Il fut impossible de saisir la veine entre les mors de la pince, car toujours elle pinçait au-dessous ; on se décida à la laisser ainsi placée ; bientôt il survint un peu de gonflement de la région, et la veine se trouva comprimée dans l'espace compris entre les plaques ovalaires et la vis de rappel inférieure. Le malade ne souffrait pas beaucoup ; bientôt on sentit des caillots se former dans les varices situées au-dessous de la pince, qui resta en place six jours de suite.

21 mars. Toutes les veines au-dessous de l'endroit saisi par la pince sont dures, revenues sur elles-mêmes, et considérablement diminuées de volume ; elles ne se vident pas lorsque le malade reste couché, et n'augmentent pas lorsqu'il se tient debout. On n'y sent plus de fluctuation; la peau comprimée entre les plaques de la pince est sèche, pâle ; de la rougeur existe aux environs, mais le malade n'accuse aucune douleur : pendant tout ce temps il a mangé les trois quarts. On garde le malade pour le suivre de plus près, et savoir à quoi s'en tenir sur le résultat de ce procédé.

Le 3 avril, légères excoriations à l'endroit où étaient appliquées les pinces ; les varices sont dans le même état et n'ont pas reparu.

16 avril. Les varices n'ont présenté aucun changement digne d'être noté ; elles semblent complétement guéries, quoique le malade se soit tenu continuellement dans une position verticale. Depuis que les pinces ont été enlevées, il reste des journées entières à se promener, sans voir survenir plus de gonflement qu'à la jambe du côte opposé, qui est également guérie. Il sort pour aller à Saint-Flour (Cantal); à son retour il doit revenir nous voir, ce qu'il n'a pas encore fait.

Varices volumineuses, flexueuses, occupant tout le membre gauche; guérison par la compression immédiate.

Obs. II. — Au n° 38 de la salle Sainte-Jeanne (Hôtel-Dieu), a été couché, le 29 décembre 1835, le nommé Adam, âgé de 31 ans, demeurant rue de la Paix, n° 12; d'une forte constitution, système musculaire très-développé, tempérament sanguin à un haut degré; il a souvent des épistaxis. Il a été militaire (fantassin) pendant dix ans; maintenant il est garçon de magasin, et obligé à faire de longues courses depuis seize mois. Il est entré à l'hôpital pour un engorgement considérable des ganglions inguinaux du côté gauche, produit par des excoriations des orteils. A son entrée, la jambe gauche est gonflée, légèrement œdémateuse, douloureuse au toucher; la douleur existe surtout au pli de l'aîne, où les ganglions ont acquis un volume énorme; depuis quelques jours il ne pouvait plus mettre de bottes à cause du gonflement des jambes, qui était beaucoup plus considérable le soir que dans le courant de la journée. Il a des varices depuis dix ans; elles ont débuté par le mollet, puis ensuite ont apparu à la cuisse, et depuis lors leur accroissement a été progressif. Ces varices sont tellement volumineuses, qu'on lui a proposé plusieurs fois de lui donner un congé de réforme, ce qu'il a refusé. Il est dans l'état suivant: la saphène interne présente des sinuosités, des nodosités, et forme des tumeurs de distance en distance, au-dessus et au-dessous du genou; tandis qu'au genou même il existe plusieurs petites tumeurs qui forment une espèce de réseau. Cette saphène est tellement distendue, qu'elle a la grosseur du pouce; toutes les veines de la jambe postérieurement, en dedans et en dehors du mollet, sont également dilatées. Le malade accuse de la pesanteur et de l'engourdissement dans le membre; il dit même que le soir, lorsqu'il a cessé de marcher, il éprouve une chaleur brûlante, accompagnée de fourmillement. Le 14 janvier 1836, lorsqu'il est guéri de ses excoriations et de la gêne apportée par l'irritation des ganglions de l'aîne, on applique les pinces de M. Sanson.

Dans l'espace de 48 heures, on les a changées trois fois de place, dans le but d'éviter le sphacèle des points compris entre les mors de la pince; après cette époque, il existe déjà des caillots dans la veine, au-dessous de l'endroit où elle a été comprimée. Afin de s'assurer si ces premiers caillots sont suffisans pour l'oblitération du vaisseau, on fait promener le malade pendant plusieurs jours, sans rien appliquer sur le trajet de la veine. Pendant ce temps il n'arrive aucun phénomène remarquable; seulement les veines sont de moitié moins volumineuses et les caillots ont acquis plus de dureté et diminué de volume. Pour hâter la guérison, à la demande du malade, on remet la pince sur le trajet de la saphène, le 19 janvier. A cette fois elle y reste cinquante heures sans être déplacée, le malade ayant eu la précaution de la serrer de temps en temps, afin qu'elle ne lâchât pas prise; il n'en résulte pas même des excoriations, mais seulement un peu de rougeur autour des mors de la pince. Ces applications ne sont nullement douloureuses. Les caillots se durcissent davantage, les veines diminuent de volume, disparaissent presque entièrement, et le malade reste debout toute la journée sans en être incommodé; il n'a plus ni pesanteur, ni engourdissement, ni œdème dans la jambe, et sort guéri.

Tumeurs variqueuses à la jambe et à la cuisse droites (saphène interne et ses branches), ulcères variqueux à la jambe droite, suite d'ouverture des veines. Guérison par la compression médiate.

Obs. III. — Horace Lemoine, âgé de 39 ans, menuisier, demeurant rue du Faubourg Saint-Antoine, n° 267, est entré le 10 novembre 1835, à l'Hôtel-Dieu, et a été couché au n° 57 de la salle Saint-Jeanne, pour des varices volumineuses. D'une taille élevée (5 pieds 5 pouces), d'une forte constitution, tempérament sanguin, il jouit habituellement d'une bonne santé. Jamais personne dans sa famille n'a eu de varices, ni son père, ni sa mère; celles qu'il porte ont commencé à paraître dès l'âge de 19 ans: il était alors militaire. Lorsqu'il était obligé de monter à cheval, il remarqua que les veines de la jambe droite devenaient plus grosses qu'à l'ordinaire, et le gênaient surtout dans le mouvement qui l'obligeait à passer la jambe droite par-dessus la croupe de son cheval, lorsqu'il montait dessus. Ce mouvement, outre qu'il était très-difficile pour Lemoine, était aussi très-douloureux; il trouvait sa jambe lourde et pesante. Les ganglions de l'aîne étaient engorgés. Cependant il était bon marcheur, et pouvait parcourir un assez long trajet sans éprouver d'autre incommodité que le gonflement plus considérable de ses varices le soir; et un peu de pesanteur dans la jambe, qui était aussi un peu plus volumineuse, mais jamais douloureuse. Il quitta le service militaire à vingt-un ans, et reprit son état de menuisier pendant neuf années; pendant ce laps de temps, les varices augmentèrent de plus en plus: il n'y fit rien. Après cette époque, il se vit forcé de quitter son état de menuisier, qui l'obligeait à rester continuellement debout, et parce que deux ou trois fois déjà les varices s'étaient ouvertes et avaient donné lieu à des hémorrhagies abondantes, qu'on arrêtait facilement par la compression à l'aide d'un bandage roulé. Il resta trois ou quatre ans à la campagne, occupé aux travaux des champs, qu'il fut obligé encore d'abandonner, à cause des fatigues qu'ils comportent. Il revint à Paris chef d'atelier et chargé des écritures; ce nouvel emploi le mit à même de rester assis la plus grande partie de la journée. Malgré ce changement de métier, ses varices ne diminuaient point, et tous les soirs sa jambe droite était gonflée, tendue, pesante et un peu douloureuse; le matin il n'y paraissait rien lorsqu'il était dans une position horizontale; mais lorsqu'il descendait de son lit, le sang affluait à la partie inférieure du membre avec une telle rapidité qu'on voyait les vaisseaux s'emplir et se tuméfier. La chaleur du lit lui faisait éprouver dans ce membre des picotemens et une démangeaison très-incommodes. Effrayé par les hémorrhagies qu'il avait

eues, par la douleur plus vive qu'il éprouvait, et surtout par les ulcères qu'il portait à la jambe et qu'il ne pouvait guérir, il entra à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant :

La partie inférieure de la jambe droite est considérablement enflée, il existe beaucoup d'œdème, et l'impression des doigts y reste. La couleur de la peau est altérée : elle est brune, noirâtre, comme écailleuse ; on voit les cicatrices mal fermées des plaies qui ont donné lieu à l'hémorrhagie. La saphène interne, depuis la malléole interne, jusqu'au-dessus du tiers supérieur de la cuisse, est gonflée, sinueuse, d'un volume considérable ; au côté interne du genou et au-devant du tibia elle présente des circonvolutions, des sinuosités très-prononcées ; la jambe et la cuisse, en dedans et en dehors de la saphène, présentent encore des veines dilatées qui se dirigent dans toutes les directions. Dès l'arrivée du malade, le 11 novembre, on applique les pinces à compression médiate ; dans l'espace de six jours, ces pinces sont appliquées en quatre endroits différens, sur le trajet de la saphène, à la partie moyenne et supérieure de la cuisse. Le malade croyant les sentir glisser, pense devoir les serrer fortement, et donne lieu de cette façon à des escarres qui tombent au bout de quinze jours. L'application des pinces n'en a pas moins produit l'effet attendu : des caillots se sont formés ; ils sont durs, gros, et ressemblent à des ganglions sous-cutanés, engorgés, endurcis ; ils ont la grosseur de marrons (lorsque la veine était dilatée, elle était plus volumineuse que le pouce du malade). A la partie interne du genou, sur le côté du tibia, il existe aussi des caillots qui oblitèrent les veines variqueuses ; toute la saphène se trouve aussi oblitérée ; le gonflement de la jambe, la couleur brune de la peau ont disparu ; mais lorsque le malade s'est tenu debout toute la journée, on remarque encore au-dessus du pied quelques veines qui sont légèrement dilatées, et qui toutefois incommodent peu le malade. Il sort le 13 janvier 1836.

Ce malade a été mené à l'Académie pour y être présenté par M. Sanson ; mais il ne fut pas examiné faute de temps.

Arrêté du maire de Bordeaux relatif au bonbons colorés.

Nous avons eu occasion plus d'une fois d'appeler l'attention de l'autorité sur le danger des bonbons colorés, et il y a quelque temps, une courte discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine a révélé de nouveaux faits à ce sujet. Le *Bulletin médical de Bordeaux* a reproduit cette discussion en l'accompagnant de remarques très-judicieuses, et presque aussitôt le maire de Bordeaux a pris l'arrêté suivant, approuvé par le préfet, et qui mériterait d'être adopté comme réglement de police pour tout le royaume.

« Art. 1er. Il est défendu à tous parfumeurs, confiseurs et liquoristes d'employer des substances minérales pour colorer les bonbons et liqueurs qu'ils exposeront en vente.

» 2. Il ne pourra être employé à cette opération que des substances végétales, à l'exception toutefois de la gomme-gutte et de l'orseille.

» 3. Afin de s'assurer si les dispositions des articles ci-dessus sont exactement exécutées, l'administration fera faire, dans le courant du présent mois, et dans les premiers jours des mois suivans, des visites de surveillance chez MM. les confiseurs, parfumeurs et liquoristes.

» 4. Cette vérification sera faite par les soins de MM. les commissaires de police, assistés de M. le chimiste de la ville.

» 5. A cet effet, MM. les commissaires de police devront se concerter pour que leur visite puisse avoir lieu chaque jour, à compter du 24 du présent mois jusques et compris le 6 janvier prochain. Elle sera continuée les mois suivans à des époques indéterminées, si l'administration le juge nécessaire.

» 6. Les contrevenans aux dispositions du présent arrêté seront poursuivis conformément aux lois. Les bonbons ou liqueurs colorés avec des substances vénéneuses seront détruits.

» 7. Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le préfet. Il sera ensuite imprimé, publié et affiché ; des exemplaires en seront adressés à MM. les commissaires de police, ainsi qu'à M. le chimiste de la ville, chargé d'en surveiller l'exécution.

Conformément à cet arrêté, des visites ont été faites chez les parfumeurs et confiseurs de la ville, et des saisies provisoires ont été opérées pour les dragées coloriées avec des substances qui, analysées, ont été reconnues malfaisantes.

N° 7. — 13 FÉVRIER.

Du spasme de l'urètre, et des obstacles véritables que l'on peut rencontrer en introduisant des instrumens dans ce canal ; mémoire lu à l'Institut le 8 février 1836, par J.-Z. AMUSSAT.

Le mot spasme vient du grec ; il veut dire je tire, je contracte. Le spasme, d'après la définition de nos dictionnaires de médecine, est une contraction involontaire des muscles, continue ou suivie de relâchement, idiopathique ou sympathique, le plus souvent intermittente.

Le spasme de l'urètre n'a pas encore été bien défini ; c'est un mot vague dont on se sert souvent pour expliquer les difficultés qu'on rencontre dans le cathétérisme.

J'ai déjà combattu l'emploi du mot spasme appliqué aux petits vaisseaux coupés qui cessent de donner du sang. J'ai démontré, dans mes travaux sur la torsion des artères, que le spasme, l'érétisme, ne suffisaient pas pour arrêter l'écoulement du sang. Je pourrais aussi démontrer qu'on a abusé du mot spasme en l'appliquant à l'œsophage, à l'utérus dans l'état de vacuité, aux anneaux des muscles de l'abdomen, etc. ; mais je dirai seulement :

Qu'en général on fait jouer un trop grand rôle à ces actions vitales ou nerveuses; et je pense que la physique a une très-grande part dans les phénomènes que nous ne connaissons pas bien, et qu'on désigne sous la dénomination vague de spasmes nerveux.

J'appelle spasme de l'urètre toute contraction involontaire de la portion musculaire de ce canal, et même de celle qui est enveloppée par le muscle bulbo-caverneux. On pourrait l'étendre à la rétraction du reste de l'urètre; mais il n'y a pas de fibres charnues.

Presque tous les auteurs en chirurgie et les praticiens admettent une espèce de rétrécissement qu'ils appellent spasmodique, là même où il n'y a pas de fibres charnues. Je pense que le spasme et le rétrécissement spasmodique sont deux choses essentiellement différentes.

Généralement, on confond le spasme qui n'est qu'une action outrée de l'état physiologique avec le rétrécissement qui constitue un état pathologique, un gonflement inflammatoire, depuis la phlogose de la membrane muqueuse jusqu'à l'obturation presque complète du canal.

Wilson seul dit que les rétrécissemens spasmodiques dépendent d'une *altération d'action* et non de *structure;* mais il ajoute qu'ils peuvent avoir lieu dans toute l'étendue du canal, parce qu'il admet des fibres charnues partout. Moi je n'admets la possibilité du rétrécissement spasmodique que dans la portion musculeuse du canal, et encore je ne lui accorde pas une grande valeur comme obstacle à l'introduction des sondes, s'il n'est accompagné de l'inflammation de la membrane muqueuse.

Ducamp, dans son *Traité des rétentions d'urine*, ne parle ni du spasme de l'urètre, ni des rétrécissemens spasmodiques de ce canal. Cependant, cet auteur avait beaucoup vu, et ce fait n'eût pas échappé à sa longue pratique.

Dans une conférence mémorable sur mes travaux anatomiques inédits, en présence de MM. Astley Cooper, Dieffenbach, Regnoli, Labat, Thomson, Devergie, Poirson, Germiguae, et d'un grand nombre de médecins français et étrangers, une discussion s'est élevée sur le spasme de l'urètre, parce que j'avais dit que *jamais* je n'avais rencontré de véritable rétrécissement spasmodique faisant obstacle à l'introduction de la sonde, *sans inflammation*, lorsque le canal de l'urètre était *à l'état normal.*

Sir Astley Cooper a relevé le mot jamais en citant des exemples, et MM. Dieffenbach, Regnoli, Malgaigne, etc., ont aussi cité des faits; mais je pense qu'un malentendu s'est glissé dans cette discussion, où l'on a confondu deux choses qu'il convient de séparer dans l'état actuel de la science.

On a dit que, lors même qu'on avait sondé facilement, il survenait un spasme qui serrait fortement la sonde et empêchait de la retirer. J'ai répondu que ce phénomène ne s'était pas encore présenté à moi sans qu'il y eût inflammation du canal. Il est bon de prévenir que la disproportion du volume de la sonde relativement à la capacité du canal pourrait en imposer.

Depuis cette discussion, un chirurgien lithotriteur a cité un fait qu'il croit en faveur du spasme, et qui prouve le contraire.

« Un fragment de pierre, dit ce chirurgien, s'était » arrêté vers le milieu de la partie spongieuse. J'en fis » l'extraction. Quatre heures après, je fus appelé de » nouveau auprès du malade, qui ne pouvait rendre » une seule goutte d'urine.

» Je m'assurai qu'il n'y avait pas de pierre, et que » l'obstacle était formé uniquement par la contraction » des parois du canal à l'endroit où le calcul avait sé- » journé. Une pression douce et graduée au moyen de » la sonde fit cesser cette *contraction spasmodique*, et » sans que l'instrument pénétrât plus avant, l'urine » fut lancée par un gros jet et avec tant de force, que » la chambre en fut inondée. »

Il est évident qu'on ne pouvait pas choisir un plus mauvais exemple en faveur du spasme, à moins que spasme et gonflement inflammatoire soient synonymes.

Ce n'est pas le spasme qui resserre le canal devant un fragment de pierre, ou tout autre corps étranger arrêté dans le canal par la disproportion de son volume : c'est un bourrelet de la membrane muqueuse. Sans doute quand le corps étranger se trouve dans la portion musculeuse de l'urètre, la contraction des fibres charnues peut encore s'ajouter à la disproportion de capacité du canal, relativement au volume du fragment de pierre; mais ce n'est pas la cause qui retient plus longtemps les fragmens dans cette partie; c'est parce qu'ils doivent passer par un point plus rétréci : la partie du canal qui se trouve au-dessus du bulbe.

Le bourrelet de la membrane muqueuse est donc le véritable obstacle qui s'oppose au passage du corps étranger qui refoule devant lui cette membrane, et forme tout autour de lui une espèce de valvule circulaire. Le spasme ne prend aucune part à ce phénomène : c'est une distension physique qui s'opère de même sur les tissus privés de la vie.

Pour ne pas déchirer le bourrelet qui se trouve au-devant des fragmens de calcul, il faut faire agir les instrumens avec beaucoup de circonspection.

Quelque chose que l'on fasse, les parties sont contuses, froissées, ecchymosées par la pression de la pierre, les frottemens et le contact de l'instrument. Immédiatement après l'extraction du fragment, il y a afflux d'humeurs, gonflement de la muqueuse, écoulement de sang ou de lymphe qui se concrète souvent dans le point offensé; de là obstacle à l'émission de l'urine, douleur, et quelquefois rétention même; et certes, dans ce cas, c'est étrangement abuser du mot spasme, que de lui attribuer, là où il n'y a pas de fibres charnues, cette rétention que l'on fait cesser par la pression et la seule introduction d'une sonde.

Un simple examen suffit pour constater ces phénomènes, qui sont prouvés par les ouvertures des corps et par les expériences sur les animaux vivans.

Si l'on examine l'urètre d'un animal vivant, d'un chien par exemple, que l'on a mis dans les mêmes con-

ditions que celui des malades sur lesquels on a extrait un fragment de pierre, on trouve que, dans le point où a séjourné le corps étranger, la membrane muqueuse est plus ou moins gonflée, rouge foncée, violette, noirâtre, vergetée.

Souvent même on rencontre de fortes ecchymoses; dans tous les cas, il y a là un afflux d'humeurs déterminé par la contusion, le froissement et même la déchirure de la membrane muqueuse.

La lithotritie produit un effet analogue sur la vessie. (Voir ma table synoptique.)

Nous pouvons rassurer les praticiens sur ces blessures de la muqueuse urétrale et vésicale; car elles se guérissent très-bien et n'ont pas beaucoup de gravité, pourvu que les tissus sous-jacens ne soient pas trop compromis. La distension forcée du canal et des parties environnantes est à mon avis beaucoup plus grave que les blessures. Lorsque le corps étranger se trouve arrêté derrière un véritable rétrécissement pathologique, la difficulté est bien plus grande que dans le cas précédent, et là le spasme ne joue qu'un faible rôle. J'en citerai quelques exemples remarquables.

1° Le prince russe P... était depuis plusieurs jours tourmenté par une rétention d'urine; je fus appelé pour lui donner des soins, le 22 octobre 1828. Déjà on avait vainement essayé de le sonder, et moi-même je ne pus y parvenir. Je reconnus qu'il y avait un rétrécissement du canal. Une très-fine bougie parvint à franchir l'obstacle; mais elle était si fortement serrée, que je ne pouvais la passer ni la retirer; et je craignais de la rompre en cherchant à la retirer. Surpris de ce phénomène que je ne pouvais expliquer, sans même penser au spasme, j'imaginai de faire une injection forcée entre le canal et la bougie. Cette manœuvre me réussit: la bougie fut dégagée, et le malade urina avec force dans mes doigts. Je fus surpris de sentir une multitude de petits corps durs sur mes mains. Ne sachant d'où ils pouvaient provenir (c'était dans la nuit), j'approchai la lumière et je reconnus que mes doigts étaient couverts de sable rouge. Je compris alors que ces corps étrangers s'étaient amoncelés derrière l'obstacle, et pourquoi ma bougie avait été serrée d'une manière si étrange. Ce malade, qui était alité, a présenté un autre phénomène assez rare; l'urine était fétide et s'échappait sur le scrotum qui, malgré toutes les précautions, en fut tellement imprégné qu'il tomba en gangrène et laissa les deux testicules à découvert.

Malgré ce fâcheux accident et une fièvre grave qui en a été la suite, il s'est formé un nouveau scrotum; et j'ai guéri le rétrécissement de l'urètre par les moyens que j'emploie habituellement.

Il est évident que dans ce cas on n'aurait pas manqué d'accuser le spasme, si le hasard ne m'eût fait découvrir la véritable cause.

2° M. P... de la F... était, depuis longtemps, affecté d'un rétrécissement de l'urètre. Il fut successivement traité en Allemagne, en Italie et en France. Voici comment il raconte son dernier accident.

« Le 28 septembre 1833, après avoir uriné librement pendant six jours, j'éprouvai tout à coup, en me levant, une impossibilité absolue d'émettre mon urine. J'eus recours, comme de coutume, à ma sonde creuse. Le soir, après avoir fait une course assez forte, j'eus une envie d'uriner accompagnée de spasme; j'introduisis la bougie; mais l'urine coula lentement, avec un redoublement de spasme, qui me fit trépigner pendant tout le temps que dura cette opération. L'urine était trouble et en petite quantité. Je voulus ensuite retirer la sonde; elle résista et se rompit à l'endroit du second œil, en sorte que le morceau qui est resté dans le canal ou dans la vessie est d'environ un pouce. Cet accident n'a rien produit jusqu'à présent. Aujourd'hui 30, j'ai uriné librement pendant toute la journée; seulement, en m'asseyant, j'ai éprouvé au fondement une sensation semblable à celle que produirait un petit corps étranger qui s'y trouverait engagé. »

Appelé auprès du malade, j'acquis la certitude que le bout de la sonde était dans la portion bulbeuse de l'urètre, derrière le rétrécissement. Au lieu de chercher à l'extraire avec des instrumens, ce qui n'aurait pas été facile à cause du rétrécissement, je fis uriner le malade en serrant la verge près du gland; quand l'urètre fut bien distendu, je laissai brusquement échapper le flot de liquide, qui entraîna avec lui le bout de sonde. Ce moyen produisit le même effet que l'injection forcée, mais en sens inverse.

Il est évident pour moi, que la fatigue causée par une course assez forte que fit le malade, détermina le gonflement du rétrécissement. La sonde déjà usée fut serrée, accrochée au second œil, ce qui occasionna la rupture.

3° Autre exemple remarquable de corps étranger introduit dans l'urètre: longue épingle de six pouces de longueur, extraite sans avoir produit de spasme du canal. Il y a plusieurs années qu'un homme, âgé de 30 à 40 ans, vint me consulter le soir, d'un air mystérieux; il me disait vaguement qu'il avait une maladie dans le canal, mes questions ne purent rien m'apprendre. En explorant l'urètre, je découvris un corps étranger. Le malade ne me guidait point. Je reconnus à deux pouces du méat, une tige métallique dont l'extrémité s'engageait dans la muqueuse, et qu'il était impossible d'extraire avec une pince à pansement. J'employai alors la canule d'un petit instrument de lithotripsie; et en tirant fortement la verge, je parvins à dégager la pointe de la tige métallique qui était fixée dans la membrane muqueuse, et je la fis pénétrer dans ma canule.

Alors en faisant faire un angle à celle-ci avec la tige, je parvins à l'extraire sans difficulté; je fus très surpris de reconnaître une épingle telle que je n'en avais point encore vu de semblable; elle était d'une couleur ordinaire, et elle avait six pouces de longueur et une force proportionnée. Le malade me dit alors qu'il avait introduit cette épingle dans le canal pour se débarrasser d'une rétention d'urine. Je ne fus pas du tout convaincu par cette assertion, et je lui fis des questions auxquelles il ne me répondit pas d'une manière satisfaisante. Pour connaître la vérité, je priai le malade de me permettre

d'explorer l'urètre. Une grosse sonde d'argent pénétra dans la vessie avec la plus grande facilité, ce qui me donna la certitude qu'il n'y avait aucun rétrécissement, pas même le spasmodique que la présence de la tête de l'épingle qui arc-boutait contre l'autre extrémité du canal aurait dû déterminer.

Ainsi, en consultant ma pratique et mes expériences sur les animaux vivans, je pense que l'état physiologique ne peut pas simuler l'état pathologique. Je m'explique : lors même que la contraction mettrait un obstacle à l'introduction de la sonde, s'il n'y a pas inflammation, gonflement, rétrécissement de la membrane muqueuse, la sonde est si médiocrement serrée par le spasme qu'elle peut être retirée aisément, tandis que le contraire arrive souvent lorsqu'il y a maladie du canal ; *et c'est pour moi le meilleur caractère distinctif de l'état sain et de l'état morbide, parce que le spasme n'est pas assez fort pour produire seul cet effet.*

La physiologie a ses lois qu'elle dépasse rarement; mais la pathologie a aussi les siennes. Je sais bien que la limite est souvent difficile à établir ; cependant une observation attentive prouve que l'on confond fréquemment ces deux états.

J'ai observé qu'en général on pense que le canal n'est pas malade, ou n'est pas rétréci, quand le jet de l'urine est assez fort ; mais c'est une grande erreur, qui augmente encore quand on peut introduire une sonde d'un certain calibre.

L'erreur est bien plus pardonnable quand, durant la vie, on ne peut introduire une bougie fine, et qu'après la mort on fait pénétrer aisément un instrument même plus gros. On en conclut qu'il existait un rétrécissement spasmodique. Tel est l'exemple de J.-J. Rousseau et de quelques autres que je pourrais citer ; mais je me bornerai d'approfondir celui de cet homme célèbre, parce qu'il pourra servir à éclairer la question qui nous occupe, et peut-être aussi à expliquer le caractère de ce grand homme, et prouver l'influence des maladies de l'urètre sur le cerveau, ou du physique sur le moral ; en un mot, a rendre raison de la prétendue hypocondrie de J.-J. Rousseau. Il suffit pour tout médecin attentif de lire ses confessions, pour se convaincre qu'il n'était pas un malade imaginaire. L'état maladif le plus simple de l'urètre porte à la tristesse, et même quelquefois au suicide ; j'ai déjà remarqué plusieurs fois ce phénomène, que d'autres observateurs avaient indiqué avant moi.

Cet exemple prouve que l'hypocondrie sans dérangement organique est un fait assez rare; c'est du moins mon opinion. Tous les détails qu'on va lire sont extraits des notes que j'ai prises sur J.-J. Rousseau, pendant que je faisais un cours d'anatomie et de physiologie à l'Athénée royal de Paris; j'avais été prié par quelques-uns de mes auditeurs de rechercher, d'après ces documens, quel pouvait avoir été le genre de mort de ce grand écrivain.

J.-J. Rousseau, dans ses *Confessions*, dit : « Un vice » de conformation de la vessie me fit éprouver, durant » mes premières années, une rétention d'urine presque continuelle ; » et plus loin : « de fréquens besoins » d'uriner, que le moindre échauffement me rendit » presque toujours incommodes. Je parvins jusqu'à » l'âge de 30 ans sans presque me sentir de ma première infirmité. »

Ailleurs, Rousseau dit : « Madame Dupin m'envoya » le célèbre Morand, qui, malgré son habileté et la » délicatesse de sa main, me fit souffrir des maux incroyables, et ne put jamais venir à bout de me sonder. Il me conseilla de recourir à Daran, dont les » bougies plus flexibles parvinrent en effet à s'insinuer » et à vaincre l'obstacle. Mais en rendant compte de » mon état à madame Dupin, Morand lui déclara que » dans six mois je ne serais plus en vie ; ce discours, » qui me parvint, me fit faire de sérieuses réflexions » sur mon état, etc. »

Plus loin il ajoute : « Le frère Côme, amené par le » maréchal de Luxembourg, vint à bout enfin d'introduire une très-petite algalie, après m'avoir fait » beaucoup souffrir pendant plus de deux heures, pendant lesquelles je m'efforçai de retenir mes plaintes » pour ne pas déchirer le cœur sensible du bon maréchal. Au premier examen, le frère Côme crut trouver » une grosse pierre et me le dit. Au deuxième, il ne la » trouva plus. Après un long examen, il déclara qu'il » n'y avait pas de pierre, mais que la prostate était » squirrheuse et d'une grosseur surnaturelle. Il trouva » la vessie très-grande et en bon état, et finit par me » déclarer que je souffrirais beaucoup et que je vivrais » longtemps. »

Rousseau est mort le 2 juillet 1778, âgé de 66 ans. Voici un extrait du rapport sur son autopsie :

« Je soussigné Casterès, lieutenant de M. le premier » chirurgien à Senlis, ayant été appelé au château » d'Ermenonville, cejourd'hui 3 juillet 1778, et requis » de faire l'ouverture du corps de M. J.-J. Rousseau, » de Genève, décédé le jour précédent, audit lieu, vers » onze heures du matin, après environ une heure de » douleurs de dos, de poitrine et de tête ; *lequel avait* » *recommandé*, tant dans cette attaque que dans une » précédente maladie, qu'on ouvrît son corps après sa » mort pour découvrir, s'il était possible, les causes » de plusieurs maux et incommodités auxquels il avait » été sujet en différens temps de sa vie, et dont on » n'avait pas pu assurer alors le siége ni la nature ; j'ai » ledit jour, à six heures du soir, procédé à ladite » ouverture de recherche, avec l'aide de mes confrères » soussignés, Gilles Casimir Chenu, chirurgien à Ermenonville, et Simon Bauvet, chirurgien à Montagny, et en présence de MM. Achille Guillaume Le » Bègue de Preste, écuyer, médecin de la Faculté de » Paris et censeur royal, et Bruslé de Villeron, médecin à Senlis. L'examen des parties externes du corps » nous a fait voir un bandage qui indiquait que » M. Rousseau avait deux hernies inguinales considérables. Tout le reste du corps ne présentait rien contre » nature, ni taches, ni boutons, ni dartres, ni blessures, si ce n'est une légère déchirure au front, occasionnée par la chute du défunt sur le carreau de sa

» chambre, au moment où il fut frappé de mort. L'ou-
» verture de la poitrine nous en a fait voir les parties
» internes très-saines. Le volume, la consistance et la
» couleur, tant de la surface que de l'intérieur, étaient
» très-naturels.

» En procédant à l'examen des parties internes du
» bas-ventre, nous avons cherché avec attention à dé-
» couvrir les causes des douleurs de reins, des difficul-
» tés d'uriner que Rousseau avait éprouvées en différens
» temps de sa vie, et qui se renouvelaient quelquefois
» lorsqu'il était longtemps dans une voiture rude; mais
» nous n'avons pu trouver ni dans les reins, ni dans la
» vessie, ni dans les uretères, ni dans l'*urètre*, non
» plus que dans les organes et canaux séminaux, aucun
» point, aucune partie qui fût maladif ou contre na-
» ture. »

Tous ces détails sont extraits de la lettre de M. Stanislas Girardin sur la mort de J.-J. Rousseau, pag. 24 et suivantes. Paris, 1825.

Cependant, malgré l'opinion des cinq médecins qui ont fait l'autopsie; malgré l'autorité de Sœmmering, qui croit que J.-J. Rousseau n'avait *qu'un rétrécissement spasmodique*, je pense, d'après les documens et les faits analogues que j'ai observés, qu'il avait au moins une inflammation chronique de la membrane muqueuse de l'urètre. Il est vrai que Sœmmering confond l'inflammation avec le spasme, ainsi que ceux qui l'ont copié, en citant J.-J. Rousseau comme l'exemple le plus remarquable *d'un rétrécissement spasmodique*.

On peut me dire que je n'ai pas vu, et que c'est oser beaucoup que d'infirmer le jugement de cinq médecins qui ont assisté à l'autopsie, et je sens toute la force de cette allégation, car je me range moi-même en général du parti de ceux qui ont vu les faits. Cependant, dans ce cas, je dois dire que l'erreur est facile, et je m'explique : les tissus morts laissent souvent échapper ce qu'ils auraient montré pendant la vie, c'est-à-dire le sang et les autres fluides qui gonflent les membranes muqueuses enflammées ; et je maintiens qu'il faut avoir observé avec une grande attention ce genre de maladie, pour ne pas commettre d'erreur dans l'examen d'organes profondément cachés, difficiles à observer, et qu'on explore pour l'ordinaire trop superficiellement, comme je le prouverai tout à l'heure.

Je ferai pourtant remarquer que Rousseau a eu de la peine pour uriner pendant toute sa vie, et surtout pendant la dernière moitié de sa vie; qu'il a eu de fréquentes rétentions d'urine, que les chirurgiens les plus célèbres de son temps ont eu beaucoup de peine à le sonder, et qu'enfin il a fait longtemps usage des bougies de Daran, qui sont irritantes, et déterminent à la longue l'inflammation et l'induration de la membrane muqueuse de l'urètre.

Citons des exemples analogues à celui de J.-J. Rousseau ; ce sont les seuls argumens que je veux maintenant produire en faveur de mon opinion.

M. B... urinait difficilement depuis longtemps (28 ou 30 ans): plusieurs fois il fut pris de rétention d'urine, et les chirurgiens qu'il appela avaient beaucoup de peine à le sonder; une fois M. Roux laissa une sonde d'argent pendant trois jours ; plus tard il fut traité par Ducamp, et enfin il fit usages des bougies de Daran jusqu'à l'époque où il me fit appeler, pour une nouvelle rétention d'urine. Je ne pus faire pénétrer la plus fine bougie; les injections le soulagèrent; mais il mourut des suites de l'affection profonde des organes urinaires et gastriques.

A l'autopsie je fis pénétrer facilement une bougie beaucoup plus grosse que celles que je n'avais pu introduire pendant la vie.

A l'examen de l'urètre, nous trouvâmes :

1° Une inflammation chronique de toute la membrane muqueuse de l'urètre, et particulièrement dans deux points, où les cryptes muqueux sont plus développés et l'urètre rétréci ; la membrane était gonflée et endurcie, et peu ou point extensible.

2° Une altération de la vessie, des urètres et des reins, mais purement symptômatique, comme cela s'observe toujours plus ou moins dans les affections anciennes de l'urètre.

Ce fait a une grande analogie avec le cas de J.-J. Rousseau.

La maladie était très-ancienne ; plusieurs chirurgiens habiles avaient eu beaucoup de peine à le sonder. Enfin il avait fait longtemps usage des bougies de Daran.

Je puis citer un autre fait tout récent qui prouve qu'un rétrécissement organique très-évident, même après la mort, quand on fend le canal seulement jusqu'au-devant de lui, s'efface et disparaît presque entièrement lorsque ce canal a été fendu dans toute son étendue. C'est ce que l'on peut voir sur une pièce pathologique recueillie sur un vieillard, mort des suites d'une rétention d'urine.

Le point rétréci admettait à peine une bougie du n. 2 ou 3; cependant immédiatement après la section du point rétréci, on n'aurait pas supposé que le canal fut affecté d'un rétrécissement dans cet endroit.

Les assistans, et le médecin qui m'a donné cette pièce, ont été fort surpris de ce changement, et, à l'instant, ils ont pleinement admis mes idées sur la nécessité de ne pas fendre l'urètre dans toute son étendue pour bien apprécier l'état pathologique des rétrécissemens.

Cette pièce offre un autre fait d'anatomie pathologique fort rare, ce sont des végétations ou des espèces de poireaux disséminés sur la membrane muqueuse.

J'ajouterai encore une observation que M. Alibert rapporte comme un exemple remarquable de rétrécissement de l'urètre, qu'il appelle *spasmodique*. Un homme urinait tantôt par gouttes, tantôt par jet, mais toujours plus facilement dehors qu'à la maison. Lorsqu'on le regardait, l'urine s'arrêtait sur-le-champ ; le matin, l'introduction de la sonde était facile; le soir, elle était impossible. La moindre contraction, une émotion légère suffisaient pour causer le rétrécissement. A l'ouverture, on ne trouva rien dans l'urètre.

J'ai plusieurs fois rencontré des malades qui avaient plus de peine à se sonder le soir que le matin ; chez tous, il y avait inflammation de la muqueuse, et tous

expliquaient les difficultés plus grandes le soir par la fatigue de la journée.

L'observation de J.-J. Rousseau et celle de M. Alibert sont citées par Sœmmering; mais ils ne sont pas contraires à la distinction que je veux établir entre le spasme et l'inflammation, car Sœmmering confond évidemment ces deux états. Voici ce qu'il dit immédiatement avant de citer les deux observations précédentes ; p. 169, traduction d'Hollard.

« Le rétrécissement spasmodique de l'urètre existe rarement chez les vieillards sans l'épaississement de la membrane muqueuse. Les personnes qui ont eu plusieurs blennorrhagies à peu de distance les unes des autres, et qui les ont traitées par les injections irritantes, sont souvent affectées d'un *spasme chronique de l'urètre*. Ce canal contracté ne laisse alors passer qu'un menu filet d'urine, et s'oppose même souvent à la sortie de ce liquide. Quelquefois alors il est facile d'introduire une bougie dans le canal ; d'autres fois, cela est impossible. *Cette circonstance indique positivement un rétrécissement spasmodique.* »

M. Alibert connaît particulièrement un autre malade que celui cité par Sœmmering, et qui fut pris instantanément d'une violente rétention d'urine: la vessie faisait cependant très-bien ses fonctions la veille. Plusieurs chirurgiens tentèrent inutilement de le sonder; moi-même je ne fus pas plus heureux, en essayant des instrumens de tout calibre ; les injections forcées firent uriner le malade, qui exprimait le bonheur d'uriner avec exaltation, et qui exigea plusieurs autres injections de la même espèce dans la journée et le lendemain, sans vouloir consentir jamais à se laisser traiter par les bougies et les autres moyens que j'emploie dans ce cas. Depuis, ce malade trouve que sa vessie fait assez bien ses fonctions pour se dispenser d'avoir recours aux moyens mécaniques pour dilater son canal ; il pense peut-être qu'il n'a qu'un rétrécissement spasmodique, et moi je puis assurer qu'il a un rétrécissement organique bien constaté.

Les exemples que je viens de citer, particulièrement celui de J.-J. Rousseau et le dernier, ne sont pas nombreux, surtout depuis qu'on ne fait plus guère usage des bougies de Daran ; mais ils suffisent pour prouver qu'on peut confondre une maladie organique de la membrane muqueuse de l'urètre avec le spasme.

Voyons maintenant les cas nombreux où l'on accuse le spasme, lorsqu'on éprouve quelques difficultés à faire pénétrer un instrument dans l'urètre ; ces cas peuvent être classés sous quatre divisions :

1° Dans l'état normal de l'urètre ;

2° Dans la gonorrhée ;

3° Dans le cas de rétrécissement organique de l'urètre.

4° Dans le cas de maladie de la prostate.

(*La suite au numéro du 20 février.*)

—

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Revue des cliniques de cet hôpital pendant le dernier trimestre de 1835.

La dysentérie qui, depuis quelques années, ne se montrait à l'hôptial des Enfans qu'à des intervalles éloignés et sous forme sporadique, vient d'y régner épidémiquement dans les deux derniers mois de l'année et y exerce encore ses ravages. Le premier dysentérique soumis à notre observation fut transporté à l'hôpital dans la soirée du 7 novembre. Il offrit à la visite du lendemain, quatrième jour de la maladie, les symptômes suivans : aspect cadavéreux de la face ; œil terne entouré d'un cercle livide et enfoncé dans l'orbite ; anxiété extrême ; douleur vive de toute la région abdominale, qui ne peut supporter la plus légère pression ; excrétion involontaire et fréquemment renouvelée de matière formées de mucosités verdâtres, de sang vermeil et rutilant et de quelques débris de fausses membranes ; insensibilité du pouls aux artères radiales ; refroidissement des extrémités. Au milieu de ces graves désordres, la langue conserve sa couleur et son humidité normales ; l'intelligence reste nette ; la tête n'est le siége d'aucune douleur. On fait couvrir immédiatement les extrémités de sinapismes ; on prescrit une potion gommeuse avec le sirop diacode et des lavemens laudanisés. Tous ces moyens sont impuissans, et le malade succombe six heures après la première visite, quatre jours après le début de la maladie. A l'ouverture du cadavre, nous trouvons toute la muqueuse du gros intestin d'un rouge foncé ; elle offre un aspect fongueux; elle est épaissie et privée de sa consistance normale ; elle est en outre parsemée de concrétions membraniformes jaunâtres disposées sous forme de granulations. Le tissu cellulaire sous-jacent était ecchymosé en plusieurs points. Le reste du canal digestif fut trouvé sain, ainsi que les viscères contenus dans les autres cavités splanchniques. Si aux symptômes que nous a offerts ce malade nous avions pu ajouter les crampes et la suppression des urines, nous aurions eu un tableau complet des accidens du choléra épidémique. En rapprochant les graves altérations de la muqueuse intestinale des symptômes qui ont eu lieu pendant la vie, on ne saurait s'étonner que quelques médecins d'armée, après avoir observé dans les camps ces formes d'entérites graves, aient été portés *à priori* à considérer le choléra comme une phlegmasie intestinale.

Le sujet de cette observation était âgé de 10 ans. Il était doué d'une assez forte constitution et tout à fait bien portant au moment de l'invasion de la maladie. Nous n'avons pu savoir sous l'influence de quelle cause ces accidens s'étaient manifestés. Deux jours s'étaient écoulés depuis la mort de ce premier malade, lorsque des symptômes de dysentérie se sont montrés chez un garçon couché dans la même salle, convalescent d'une variole cohérente. L'abdomen devient tout à coup le siége de vives douleurs, et les selles mucoso-sanguino-

lentes s'élèvent au nombre de vingt ou trente dans les vingt-quatre heures. Un traitement assez actif est mis en usage. Les douleurs diminuent, mais les selles restent toujours sanglantes. Tantôt le sang rendu par l'anus est pur, tantôt il est intimement mêlé à des mucosités. Ce garçon succomba au bout de quinze jours, et à l'ouverture du cadavre, outre les altérations constatées chez le sujet de l'observation précédente, nous trouvons de larges ulcérations qui sillonnent dans tous les sens la muqueuse du gros intestin. La dysentérie s'est montrée chez plusieurs autres varioleux, chez des phthisiques, chez un sujet affecté de fièvre typhoïde, et chez de très-jeunes enfans qui étaient tourmentés par la diarrhée. Chez ces derniers, la maladie a été rapidement mortelle.

Les lésions ont été identiques chez tous les sujets qui ont succombé; tous ont offert des fausses membranes à la surface de la muqueuse du gros intestin. Chez tous, cette membrane était d'un rouge foncé; elle était épaissie, rugueuse et inégale à sa surface, et présentait différens degrés de ramollissement.

La maladie s'annonçait ordinairement par des douleurs abdominales accompagnées de borborygmes et d'envies fréquentes d'aller à la selle; les matières excrétées était peu abondantes, rendues après beaucoup d'efforts, et formées d'abord de mucosités visqueuses verdâtres ou jaunâtres; elles étaient bientôt remplacées par un mucus blanchâtre taché de sang; enfin, les selles étaient constituées par du sang artériel soit pur, soit mêlé à une petite quantité de matières stercorales, ou à des débris de concrétions membraniformes que les infirmières comparaient à des lavures de boyaux. En même temps, épreintes, ténesme, vive chaleur au fondement. Ce dernier symptôme a manqué dans quelques cas. Ce n'est qu'à une époque voisine de la mort que nous avons vu apparaître le refroidissement des extrémités, l'insensibilité du pouls, l'aspect cadavéreux de la face. Du reste, dans aucun cas nous n'avons observé la céphalalgie, les bourdonnemens d'oreilles, la stupeur, les épistaxis, les taches lenticulaires de la peau, les sudaminas, le râle sibilant de la poitrine, que l'on rencontre presque constamment dans le cours des fièvres graves. L'intelligence est restée intacte jusqu'aux approches de la mort. Dans deux cas seulement la langue a été sèche et fuligineuse. L'absence des symptômes que nous venons d'énumérer nous a fourni une nouvelle preuve qu'il existe une grande différence entre les fièvres graves et les phlegmasies aiguës de l'intestin.

La terminaison a été funeste dans plus de la moitié des cas. N'oublions pas qu'elle frappait des sujets jeunes et déjà débilités par des maladies antérieures.

Les moyens de traitement mis en usage ont été les émissions sanguines locales, les opiacés, administrés soit par la bouche, soit par le rectum, et les boissons réputées astringentes. Lorsque la maladie résistait à ces agens thérapeutiques et qu'elle tendait à passer à l'état chronique, un large vésicatoire a été appliqué sur les parois abdominales. Parmi les cas de guérison, nous citerons le suivant.

Dysentérie survenue à la suite de la variole; émissions sanguines locales; potion et lavemens opiacés; vésicatoire sur le ventre; guérison.

Obs. I. — Julien âgé de 15 ans, d'une assez bonne constitution, non vacciné, entra à l'hôpital le 30 novembre pour une variole confluente qui parcourt assez régulièrement sa marche. Il sort le 29 décembre, entièrement guéri, et n'éprouvant pas le plus léger trouble des fonctions digestives. Obligé de faire deux lieues à pied le jour de sa sortie, par un temps froid et humide, pour se rendre dans sa famille, qui habite les environs de Paris, il éprouve le lendemain de son arrivée des frissons, des coliques, des borborygmes et de l'inappétence. Bientôt surviennent des épreintes, du ténesme et des déjections sanglantes; le malade garde le lit, observe la diète et rentre dans l'hôpital cinq jours après le début des accidens.

A son arrivée nous trouvons l'abdomen douloureux dans le flanc et la région iliaque du côté gauche; les selles sont nombreuses et peu abondantes: on en compte jusqu'à vingt dans les vingt-quatre heures. Les matières excrétées sont formées d'un sang vermeil rutilant et de matières stercorales liquides, de couleur jaune-orangé. De vives coliques accompagnent et précèdent les évacuations. Le pouls est petit et accéléré, il donne 112 pulsations. Du reste l'expression de la physionomie est naturelle; la langue large et humide; la soif peu vive; le malade n'hésiterait pas à prendre des alimens, si on lui en accordait. Rien du côté des organes respiratoires. On applique huit sangsues à l'anus, et on prescrit un bain tiède, des quarts de lavemens avec la décoction de graines de lin et de têtes de pavot, et pour boisson la décoction blanche; on soumet le malade à une diète absolue.

Une légère amélioration se manifeste après l'emploi de ces moyens. Les selles sont un peu moins nombreuses, mais elles contiennent toujours du sang qui est en partie combiné avec les mucosités et en partie pur. On ajoute à chaque quart de lavement quatre gouttes de laudanum, et on prescrit les mêmes moyens que la veille, sauf les sangsues.

Le cinquième jour de l'entrée à l'hôpital et le dixième de la maladie, les selles sont encore sanglantes, elles contiennent quelques débris de concrétions membraniformes; la douleur au lieu d'être bornée au côté gauche du ventre en a envahi presque la totalité. Nouvelle application de sangsues à l'anus; potion avec demi-once de sirop diacode. On administre un bain tous les deux jours et on continue des lavemens laudanisés.

Le douzième jour, les déjections offrent toujours les mêmes caractères; la douleur du ventre étant peu vive, on applique un large vésicatoire sur la paroi antérieure de l'abdomen. Deux jours après les selles sont seulement formées de mucosités blanchâtres qui présentent encore quelques stries sanguines. On panse le vésicatoire avec du cérat; on continue la décoction blanche qu'on édulcore avec du sirop de coings, ainsi que les lavemens opiacés.

Le quinzième jour on accorde des bouillons, et le dix-huitième quelques cuillerées de crême de riz. Les accidens ont graduellement diminué, mais ne se sont entièrement dissipés que vers le 30e jour. A cette époque le ventre était complétement indolent, les selles solides et de bonne nature.

Fièvres typhoïdes ; contre-indication des purgatifs.

Les fièvres typhoïdes, qui avaient été rares pendant le cours de l'été, sont devenues plus fréquentes cet hiver, et ont offert pour la plupart beaucoup de gravité. Les purgatifs, qui ont été essayés dans un certain nombre de cas, n'ont eu aucun résultat avantageux. Chez quelques malades, on a été obligé de les suspendre à cause de l'augmentation des accidens. Chez deux malades, ils ont été employés avec beaucoup de persévérance, et dans ces deux cas la maladie s'est terminée d'une manière fatale. Les purgatifs étaient d'une part contre-indiqués par l'épidémie régnante. Un léger laxatif n'a pas toujours été donné impunément pendant que la dysentérie sévissait dans les salles. Nous avons vu un jeune garçon, convalescent d'une variole bénigne, prendre une tasse de café purgatif (3 gros de séné et parties égales de café) et être pris à la suite de cette purgation, qui est des plus innocentes, d'une dysentérie qui a résisté à l'emploi des moyens les plus rationnels, et a amené la mort. Dans d'autres cas, les purgatifs étaient contre-indiqués par la vive sensibilité du ventre, qui annonçait la participation de la muqueuse intestinale à la lésion des plaques de Peyer. Les faits suivans, que nous rapporterons avec beaucoup de détails, permettront au lecteur d'apprécier l'influence des purgatifs sur les différens symptômes et sur la marche de la maladie.

Fièvre typhoïde avec prédominance des symptômes abdominaux ; dix ans, misère antécédente, séjour à Paris depuis trois ans ; céphalalgie, douleurs contusives dans les membres, sensibilité de l'abdomen, constipation et fièvre au début ; plus tard diarrhée, tension, météorisme et douleur de ventre qui persistent pendant tout le cours de la maladie ; otorrhée double ; emploi de l'eau de Sedlitz du 8e au 17e jour de la maladie ; kermès minéral ; quinquina ; mort le 27e jour ; ulcérations rares dans l'intestin grêle et nombreuses dans le gros intestin ; ramollissement de la muqueuse ; suppuration des ganglions mésentériques.

Obs. II. — Gustave Vinoy, âgé de 10 ans, constitution grêle, cheveux blonds, peau blanche, bonne santé habituelle, est transporté de la rue de la Mortellerie à l'hôpital des Enfans, le 9 décembre. D'après le rapport de son père, ce garçon qui habite Paris depuis trois ans, a vécu dans la plus profonde misère, il s'est en outre beaucoup fatigué auprès de sa mère qui a succombé dans le cours de novembre à une maladie aiguë. Au commencement de décembre, il a commencé à éprouver des douleurs contusives dans les membres, un sentiment de fatigue insolite, de l'inappétence et quelques douleurs de ventre. A dater du trois du même mois, fièvre continue avec paroxysme le soir, accompagné de délire, céphalalgie, douleurs abdominales vives, constipation qui cède le 8 à un lavement émollient. Repos du lit, diète et boissons délayantes depuis cette époque, pas de traitement actif.

Le 10, huitième jour de la maladie, décubitus dorsal, pesanteur de tête, face médiocrement colorée et exprimant plutôt l'anxiété et la souffrance que la stupeur ; narines tâchées de sang, délire violent pendant la nuit qui a cédé ce matin ; réponses justes, mais brèves et se faisant longtemps attendre ; le malade ne peut fournir aucun renseignement sur son état antérieur, il ne peut également se mettre sur son séant, soit à cause de la prostration des forces, soit à cause de la vive douleur dont le ventre est le siége. La langue est large et humide ; la soif assez vive, l'appétit entièrement perdu ; l'abdomen tendu, météorisé et douloureux à la pression dans toute son étendue ; gargouillement très-prononcé dans le flanc et la région iliaque du côté droit ; pas de selles depuis 24 heures. Peau chaude et sèche ; taches rosées, lenticulaires sur la partie antérieure du thorax ; pouls à 110 pulsations ; 36 inspirations par minute. Toux assez fréquente, sans expectoration : râle sibilant à droite et à gauche antérieurement. (Limonade, deux pots ; deux verres d'eau de Sedlitz ; cataplasme émollient sur le ventre.)

Le 11, quatre selles liquides dans les 24 heures, accompagnées d'assez vives coliques ; même état de la langue que la veille, même tension, même douleur, même météorisme du ventre, même prostration des forces ; 114 pulsations, 30 inspirations par minute. Le malade dit n'éprouver aucun changement en mieux, ce qui est confirmé par l'examen des symptômes. A raison de la persistance de la toux et du râle sibilant qui se fait entendre dans presque toute l'étendue de la poitrine, on prescrit un julep gommeux avec addition de deux grains de kermès minéral, et on continue l'eau de Sedliz à la dose de deux verres.

Le 12, la céphalalgie qui s'était dissipée depuis deux jours, est revenue ; l'ouïe devient obtuse ; il y a eu du délire la nuit, la face est pâle, elle exprime toujours la souffrance ; six évacuations accompagnées de coliques ; 108 pulsations. On porte la dose du kermès à quatre grains, et on revient à trois verres d'eau de Sedlitz.

Du 14 au 17, la prostration est toujours la même ; l'ouïe devient de plus en plus obtuse ; les narines sont toujours saignantes ; la langue est poisseuse ; l'abdomen est toujours très-douloureux à la pression, tendu et météorisé ; le pouls se maintient entre 100 et 120 pulsations ; il y a toujours un paroxysme le soir pendant lequel on observe de l'agitation ; les selles sont quelquefois involontaires ; la toux et la gêne de la respiration persistent ; l'auscultation et la percussion du thorax indiquent néanmoins que le parenchyme pulmonaire est resté intact. On a pratiqué des frictions sur l'abdomen avec le baume tranquille ; on a continué l'eau de Sedlitz à la dose de deux et trois verres, et on a porté le kermès à 8 grains.

Le 18, le malade est beaucoup plus affaissé, son pouls s'affaiblit et s'accélère en même temps ; 130 pulsations par minute. (Même prescription.)

Le 19 et le 20, vomissemens répétés et provoqués surtout par l'ingestion de l'eau de Sedlitz et du julep kermétisé ; selles nombreuses et involontaires ; pouls à 124. On suspend le purgatif, et on continue le kermès dont la dose a été portée à 15 grains.

Le 21, les vomissemens cessent ; la diarrhée persiste ; amaigrissement progressif. On accorde quelques cuillerées de bouillon.

Le 25, retour des vomissemens, cessation de la diarrhée ; persistance du météorisme et de la douleur de ventre.

Le 30, écoulement purulent par l'oreille gauche.

Le 1er janvier, l'oreille droite devient le siége d'un flux de même nature ; l'ouïe reste toujours très-obtuse ; le pouls est descendu à 84. Mais l'amaigrissement fait des progrès ; à travers les parois abdominales dont la sensibilité est toujours vive, se dessinent les circonvolutions de l'intestin.

Le 3, céphalalgie intense occupant surtout les deux régions temporales ; exaltation de la sensibilité cutanée ; lenteur et irrégularité du pouls. (Sinapismes aux membres inférieurs.)

Le 4, la céphalalgie a disparu ; la face est infiltrée ; le pouls est à peine sensible ; l'abdomen s'affaisse, mais il conserve sa sensibilité à la pression. On joint aux bouillons que le malade prend depuis plusieurs jours, un julep gommeux avec addition de dix grains de sulfate de quinine, et on administre deux demi-lavemens de quinquina. Même prescription le 5 ; mort le 6 dans le dernier degré du marasme.

A l'ouverture du cadavre, qui est pratiquée 24 heures après la mort, nous trouvons deux cuillerées de sérosité dans les fosses occipitales. Les glandes de Pachioni sont très-développées sur le tiers postérieur du bord de la grande scissure interlobaire ; autour d'elle l'arachnoïde présente sur le trajet des vaisseaux une teinte opaline, mais elle n'a contracté aucune adhérence avec la substance cérébrale. Infiltration séreuse médiocre de la pie-mère, qui ne présente du reste ni injection, ni pus, ni granulations. Substance cérébrale pâle, d'assez bonne consistance ; pas d'épanchement dans les ventricules.

Les deux poumons sont libres d'adhérences, et ne présentent qu'un léger engouement séro-sanguinolent des parties les plus déclives. Les bronches sont gorgées de mucosités ; les glandes bronchiques sont saines ; le cœur et le péricarde sont exempts d'altération.

L'abdomen renferme un litre environ de sérosité citrine, parfaitement transparente. La rate est ferme et a son volume normal. Les ganglions mésentériques sont peu développés, et présentent pour la plupart de petits foyers purulens. Rides nombreuses à la surface interne de l'estomac ; muqueuse rosée seulement au niveau de ces rides, et offrant partout une assez bonne consistance. Dans l'intestin grêle, la muqueuse est généralement pâle, amincie et d'une consistance très-faible ; elle ne fournit que des lambeaux de deux lignes environ. Les plaques sont assez nombreuses dans l'iléon et offrent pour la plupart un ponctué noir. Trois seulement sont ulcérées à une petite distance de la valvule iléo-cœcale. La dernière de ces ulcérations a un pouce et demi de diamètre longitudinal et un pouce de largeur. Ses bords sont affaissés ; au fond on découvre les fibres de la tunique musculeuse de l'intestin. Dans le colon, nous comptons onze ulcérations irrégulières arrondies, dont la largeur moyenne est celle d'une pièce d'un demi-franc. Dans l'intervalle, la muqueuse offre un ponctué grisâtre ; elle est amincie, rosée et de faible consistance comme dans l'intestin grêle.

Ce sujet nous a offert, outre les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, une altération assez profonde et assez étendue de la muqueuse intestinale. Les désordres du colon étaient aussi beaucoup plus prononcés que ceux de l'iléon. Ces lésions ont été en rapport avec les symptômes observés pendant la vie. L'abdomen a offert, depuis le début de la maladie, une tension et une sensibilité qui a persisté jusqu'à la mort. Cet état de l'abdomen joint à une altération particulière des traits, qui se manifeste plutôt dans les affections du péritoine que dans les fièvres graves, nous avait fait soupçonner un instant une complication du côté de la séreuse abdominale, que l'ouverture du cadavre n'a point justifiée. Les symptômes nerveux ont été tels qu'on les observe dans le cours des affections typhoïdes : céphalalgie, altération de la contractilité musculaire, affaiblissement de l'ouïe. Ce trouble de la fonction de l'ouïe se lie assez souvent chez les enfans, dans le cours des fièvres graves comme dans les exanthèmes fébriles, à une lésion matérielle du conduit auditif. On doit se rappeler le double écoulement purulent qui s'est fait par les oreilles à quelques jours d'intervalle. L'otorrhée se rencontre beaucoup moins fréquemment chez l'adulte. MM. Andral, Chomel et Genest, qui ont analysé avec un soin minutieux tous les phénomènes pathologiques qui accompagnent les fièvres graves chez l'adulte, n'ont pas mentionné ce symptôme.

Quant aux moyens de traitement employés dans ce cas, nous noterons l'eau de Sedlitz, le kermès minéral et le quinquina. Le premier de ces moyens a été mis en usage depuis le huitième jusqu'au dix-septième jour de la maladie. Il y avait de la constipation et une vive sensibilité du ventre au moment où on a commencé l'emploi. La constipation a cédé, mais il ne s'est pas manifesté le plus léger changement dans l'état de l'abdomen. Nous avons toujours observé la même sensibilité, la même tension, le même météorisme ; les excrétions ont été souvent accompagnées de vives coliques ; enfin, des vomissemens survenus à une période déjà avancée de la maladie ont forcé à en suspendre l'emploi. La circulation a été également peu modifiée par l'emploi de la méthode évacuante.

Le kermès minéral a été dirigé contre l'affection thoracique. S'il n'a pas triomphé de la toux, il s'est du moins opposé aux progrès de l'affection bronchique ; car, à l'ouverture du cadavre, le parenchyme pulmonaire, qui présente si fréquemment des altérations à la

suite des fièvres graves, a été trouvé exempt de toute lésion notable.

Quant aux préparations de quinquina, on en a fait usage pendant trop peu de temps pour qu'on puisse lui attribuer une influence sur la marche de la maladie. Le baume tranquille, employé en frictions sur l'abdomen, est un de ces moyens accessoires auxquels on ne saurait attribuer une grande efficacité.

Coqueluches simples et compliquées, emploi et la belladone; indications et contre-indications.

Il ne se passe pas de trimestres sans que nous observions un certain nombre de cas de coqueluche, cette maladie étant presque exclusivement l'apanage de l'enfance. On l'observe rarement à l'hôpital dans son état de simplicité. Les gens du peuple ne se décident en général à réclamer les secours de l'art contre cette affection que lorsqu'elle présente quelque complication. Sur neuf cas observés pendant ce trimestre dans la division des garçons, sept ont offert la complication d'une phlegmasie pulmonaire. Chez deux enfans, il existait en outre des tubercules dans les poumons et les glandes bronchiques. De ces neuf sujets atteints de coqueluche, trois ont succombé, et ont offert, à la nécropsie, une inflammation plus ou moins étendue du parenchyme des poumons. Le cerveau soigneusement exploré dans les trois cas, a été trouvé complétement exempt d'altération : ce qui prouve, pour le dire en passant, combien est peu fondée la dénomination de *broncho-céphalite*, qu'un auteur moderne a proposé de substituer à celui de coqueluche. Les nerfs pneumo-gastriques, dont J. Frank en Allemagne et M. Breschet en France, ont constaté l'altération dans quelques cas, ont été soigneusement disséqués sur deux sujets, et nous ont paru parfaitement sains.

Lorsque la coqueluche est exempte de complication, le remède qu'on emploie généralement pour la combattre à l'hôpital des Enfans est la belladone. Cette substance est administrée soit en pilules, soit en sirop. L'extrait est de toutes les préparations celle à laquelle on donne la préférence. La dose ordinaire est de un à trois grains. On a complétement renoncé à la pommade d'Autenrieth qui est la source de vives douleurs, et qui donne lieu souvent à des ulcérations dont la cicatrisation est difficile à obtenir, sans qu'il en résulte une notable modification dans la marche de la coqueluche. L'action des antispasmodiques tels que l'assa-fœtida, le musc, est trop incertaine.

Lorsque la coqueluche est compliquée de pneumonie, c'est contre cette dernière affection que les moyens de traitement sont dirigés. Les émissions sanguines locales, les préparations d'antimoine et en particulier l'oxide blanc sont les moyens qui obtiennent la préférence. Lorsqu'on est assez heureux pour triompher de la pneumonie, et que la coqueluche se trouve ainsi réduite à son état de simplicité, on a recours à la belladone. L'emploi de ce moyen est dangereux tant que la phlegmasie du poumon persiste. L'observation suivante nous offrira un exemple de coqueluche simple traitée avec succès par l'extrait alcoolique de belladone administrée en pilules. L'âge de ce malade, le soin avec lequel il rendait compte de son état nous ont permis d'apprécier plus complétement les effets de la belladone. Ce sujet était âgé de onze ans. Les huit autres malades étaient à peine âgés de deux à sept. C'est à cette dernière période de la vie que la coqueluche se montre plus fréquemment, et qu'elle présente plus de gravité.

Coqueluche simple; quintes fréquemment suivies d'hémorrhagie nasale et de vomissemens; emploi de l'essence de térébenthine et de l'extrait alcoolique de belladone, guérison.

Obs. III. — Alphonse Gobert, âgé de 11 ans, d'un tempérament lymphatique, apprenti monteur en cuivre, toussait depuis quinze jours et éprouvait depuis huit jours de quintes de coqueluche bien caractérisées, lorsqu'il fut admis à l'hôpital des Enfans, le 22 octobre. Il n'avait pas discontinué ses occupations, et n'avait fait usage d'aucun remède. Les hémorrhagies nasales qui depuis deux jours accompagnaient les quintes, l'avaient déterminé à venir réclamer les secours de l'art.

Examiné à la visite du 23, dans l'intervalle des quintes, il offre les symptômes suivans : décubitus dorsal, face rosée, nulle céphalalgie, nulle altération de la voix. Les narines sont tachées de sang, elles présentent les traces d'une hémorrhagie nasale qui a eu lieu le matin à la suite d'une quinte; la quantité de sang perdu par le malade peut être évaluée à une palette. Il n'y a eu qu'une seule quinte la nuit, mais depuis son réveil jusqu'au moment de la visite, le malade en a éprouvé quatre. La poitrine n'est le siége d'aucune douleur; le son est clair à droite comme à gauche. Le bruit respiratoire est assez fort; à peine l'auscultation fait-elle reconnaître quelques bulles rares de râle muqueux. Peau de chaleur naturelle; 96 pulsations, et 24 inspirations par minute. Langue large et humide; épigastre indolent; selles quotidiennes. (Frictions de la partie antérieure et postérieure du thorax avec l'essence de térébenthine; lait et potages.)

Le 24, quatre quintes seulement dans les vingt-quatre heures; une seule a été suivie de vomissement, étant survenue immédiatement après un repas. 88 pulsations, 24 inspirations. Les frictions avec l'essence de térébenthine ont donné lieu à une légère cuisson qui n'a duré que quelques minutes. Ce matin la peau frictionnée présente une rougeur érythémateuse. On continue l'emploi du même moyen.

Le 25, six quintes depuis la veille, dont quelques-unes ont été suivies d'une épistaxis peu abondante et de l'expectoration de quelques crachats muqueux incolorés; 96 pulsations, 28 inspirations. On continue les frictions de térébenthine.

Du 26 au 28, l'état du malade offre peu de changement. Les quintes conservent même une certaine violence. Elles sont notées régulièrement par le malade qui en compte quatre ou cinq dans les vingt-quatre

heures. On commence l'usage de la belladone; on prescrit l'extrait alcoolique à la dose d'un demi-grain divisé en deux pilules. La dilatation des pupilles est normale; la tête n'est le siége d'aucune douleur; le ventre est souple: il y a une légère constipation; 108 pulsations et 28 inspirations, comptées à peu de distance d'une quinte.

Le 29, quatre quintes dont deux sont accompagnées d'hémorrhagie nasale et suivies de vomissemens; elles se sont manifestées surtout après le repas. Le malade prend chaque jour le quart de la portion alimentaire; il se promène une partie de la journée dans les salles. Le pouls et la respiration n'offrent pas plus de fréquence que la veille. Nulle douleur de tête, nul trouble de vision. On porte la dose de l'extrait de belladone à trois quarts de grains.

Le 30, même nombre de quintes que la veille; un seul vomissement; pas d'épistaxis, 108 pulsations, 24 inspirations; pas de narcotisme. (Un grain de belladone.)

Du 31 octobre au 2 novembre, les quintes diminuent d'intensité; les pupilles sont dilatées.

Le 3, pesanteur de tête; trouble de la vision, qui ne permet plus au malade de distinguer les caractères d'un livre qu'on lui met sous les yeux; dilatation considérable des pupilles. On suspend la belladone qui avait été portée à deux grains. A la constipation a succédé la diarrhée; trois selles liquides dans les vingt-quatre heures.

Le 4, la pesanteur de tête a disparu, la vue a cessé d'être brouillée, il reste encore une légère dilatation des pupilles. La toux est purement catarrhale; la respiration est pure; le pouls ne donne que 84 pulsations; plus d'hémorrhagie, ni de vomissemens par la toux. On accorde la demi-portion. Le garçon est retenu à l'hôpital jusqu'au 12 novembre où il sort entièrement guéri.

La coqueluche, chez ce sujet, s'est présentée dans son état de simplicité. On ne saurait considérer comme complication les épistaxis qui accompagnaient ou suivaient les quintes. Les hémorrhagies nasales ont fréquemment lieu dans la toux féline; elles sont rarement assez abondantes pour inspirer des inquiétudes. Quant aux vomissemens, ils font aussi partie des symptômes de la coqueluche. Ils sont fréquens, surtout chez les malades qui font usage d'alimens. Aussi le régime des enfans affectés de coqueluche doit-il fixer l'attention des praticiens.

Deux ordres de moyens ont été employés dans ce cas. L'essence de térébenthine a été recommandée par un médecin anglais, dont le travail a été reproduit dans la Gazette médicale. Ce médecin attribue à ce médicament une action antispasmodique, sur laquelle nous ne pouvons encore nous prononcer. Son action révulsive est manifeste; et sous ce rapport l'essence de térébenthine pourra remplacer le vésicatoire et les emplâtres émétisés dont elle n'offre pas les inconvéniens. Les effets de la belladone ont été beaucoup plus tranchés dans ce cas. Les quintes ont rapidement diminué d'intensité sous l'influence de cette préparation, et ont presque entièrement cessé, au moment où il s'est manifesté des symptômes de narcotisme. Tant que les quintes persistent, on ne doit pas craindre d'élever la dose de belladone, et de la pousser jusqu'au narcotisme. Ces symptômes se dissipent rapidement lorsqu'on cesse l'usage du médicament. Nous avons vu deux fois une cécité complète avoir lieu, et se dissiper en moins de vingt-quatre heures après la suspension de la belladone.

Cas rares; anévrysme de l'aorte abdominale. — Tumeur cancéreuse de l'abdomen. — Acéphalocystes de l'encéphale.

Obs IV, V, V.—M. Guersent a dit avec raison : Les enfans sont, dès leurs premières années, exposés à toutes les maladies communes aux autres âges, et de plus à beaucoup d'autres qui leur sont particulières. Les faits que nous avons recueillis depuis plusieurs années à l'hôpital des Enfans nous ont fourni la preuve de cette assertion. Dans ce trimestre même nous avons observé un certain nombre de lésions, rares à la vérité chez les enfans, mais qu'à tort on avait crues jusqu'à présent l'apanage exclusif de l'âge adulte et de la vieillesse.

Un garçon de 14 ans, d'une forte constitution, d'une stature élevée, admis à l'hôpital le 18 décembre, accusait depuis trois semaines environ des douleurs lombaires, qui s'étaient surtout exaspérées depuis huit jours et avaient obligé le malade de discontinuer ses occupations. Il était apprenti fondeur en étain, il habitait Paris depuis quatre mois, éprouvait de la diarrhée depuis huit jours et des vomissemens depuis deux. Lorsque nous le vîmes à la visite du 19, ses traits étaient altérés, il accusait de vives douleurs dans le ventre et les lombes; il ne se mettait qu'avec peine sur son séant. La diarrhée était très-abondante, 20 selles environ dans 24 heures. Le pouls était très accéléré, 150 pulsations par minute. Nous nous demandâmes si dans ce cas nous avions affaire à une fièvre typhoïde; les douleurs de ventre, l'accélération du pouls, l'altération des traits, la diarrhée, semblaient donner quelques fondemens à ce soupçon. On se borne à prescrire des cataplasmes sur le ventre et des boissons délayantes.

Dans la journée les accidens augmentent, les douleurs sont intolérables et arrachent des cris au malade; il est en proie à une vive agitation, il est pris de délire dans la soirée et succombe à deux heures du matin.

A l'ouverture du corps, nous trouvons deux verres environ de sérosité sanguinolente dans la cavité du péritoine. Après avoir soulevé la masse intestinale, nous découvrons trois énormes tumeurs dont l'une a son siége sur la partie latérale droite de la colonne vertébrale; la deuxième sur le trajet du psoas du côté droit, et la troisième au-dessous du rein du même côté. La dernière de ces tumeurs était rompue, et autour de la rupture existait plusieurs caillots sanguins. Un caillot de même nature était renfermé dans la tumeur qui offrait la forme d'un kyste. D'autres plus anciens étaient

contenus dans les deux autres tumeurs. Lorsque l'aorte abdominale fut mise à nu, nous trouvâmes ses tuniques détruites dans leurs parties latérale droite et antérieure, dans une étendue de 2 pouces environ ; la portion de membrane interne qui restait était de couleur de lie-de-vin, et offrait ainsi que les deux autres tuniques une grande friabilité.

Cet exemple remarquable d'anévrysme faux consécutif de l'aorte abdominale, n'est pas le seul cas rare que nous ayons observé dans le trimestre. Au moment où nous constatons cette grave lésion, M. Jadelot trouvait chez un autre garçon de six ans, qui succomba à une hydropisie ascite, une énorme tumeur cancéreuse dans l'abdomen. Pour compléter cette série de cas rares, nous mentionnerons deux cas d'acéphalocystes de l'encéphale, qui ont été observés ces jours derniers dans le même hôpital.

Le premier est relatif à une jeune fille de onze ans, dont l'intelligence était très-développée ; et qui éprouvait un peu de céphalalgie depuis quelques jours lorsqu'elle fut prise tout-à-coup d'une congestion cérébrale. Elle tomba et perdit complétement connaissance ; ces symptômes se dissipèrent rapidement, et pendant les trois semaines qui suivirent, elle n'éprouva autre chose que des douleurs de tête ; puis survint une hémiplégie gauche, avec perte de la vue et de l'ouïe, impossibilité d'articuler le sang, et un état comateux qui dura six jours et se termina par la mort. A l'ouverture du cadavre, on trouva dans le lobe antérieur de l'hémisphère droit un kyste hydatique du volume d'une orange ; des tumeurs analogues existaient dans le poumon droit, tous les autres organes étaient sains.

Cette malade avait succombé depuis quelques jours, lorsqu'il se présenta dans la salle Saint-Jean, un garçon âgé de cinq ans, d'une forte constitution, qui éprouvait depuis sept mois une amaurose de l'œil droit avec prolapsus de la paupière supérieure du même côté. La veille de son admission, il avait été pris subitement au milieu de la nuit d'un violent accès de céphalalgie avec cris aigus ; dans la journée, vomissemens, délire, excrétions involontaires, impossibilité de marcher, amaurose complète à droite comme à gauche, alternatives d'agitation et d'assoupissement. On applique des sinapismes aux extrémités inférieures, et on administre une potion purgative avec trois gouttes d'huile de croton tiglion. Sous l'influence de cette médication, la plupart des accidens cérébraux se dissipent, le malade recouvre son intelligence, l'ouïe reste intacte, la sensibilité de la peau est aussi vive à droite qu'à gauche, mais la vue reste complétement abolie ; la bouche présente une légère déviation à droite quand le malade parle ou rit ; l'appétit se fait sentir, le pouls revient à l'état naturel. Le malade que nous engageons à marcher, se soutient bien sur ses jambes, mais il marche lentement et avec hésitation, comme une personne récemment privée de la vue. Pendant le mois qui suit l'admission du malade à l'hôpital, l'amaurose reste complète, la légère déviation de la bouche persiste, la douleur de tête se fait sentir par intervalles, et occupe toujours le côté droit du crâne. Nous n'observons rien autre chose de remarquable du côté de l'innervation ni du côté des fonctions de la vie nutritive. Pendant ce laps de temps, le malade, qui n'était pas vacciné, contracte dans les salles la scarlatine, et puis la variole. Cette dernière affection marche d'une manière très-irrégulière, elle se complique de dysentérie, et entraîne la mort qui n'est précédée ni de convulsion, ni de paralysie. A l'ouverture du cadavre, nous trouvons entre le crâne et la dure-mère une tumeur offrant la forme d'un sphéroïde alongé, et le volume d'une grosse orange, logée dans la fosse moyenne et latérale droite de la base du crâne. Sa couleur est opaline, et le liquide qu'elle renferme est transparent comme l'eau de roche. Autour de cette tumeur, il en existe quinze ou dix-huit autres, qui ont les unes le volume d'une aveline, les autres celui d'une groseille, et forment pour la plupart de petites grappes. Les os du crâne qui sont en contact avec les tumeurs, sont profondément altérés. Leur surface est grisâtre et hérissée d'une multitude d'aspérités. La portion pierreuse du temporal et la selle turcique sont presque entièrement détruites. Elles offrent des excavations dans lesquelles se trouvent logés les petits kystes. Le nerf-optique droit comprimé entre deux tumeurs est notablement atrophié, le gauche est également comprimé, mais ne paraît avoir subi aucune altération ; l'hémisphère droit du cerveau présente à sa base, dans sa partie moyenne qui est en rapport avec la tumeur la plus volumineuse une dépression d'environ deux pouces de longueur, et d'un pouce et demi de largeur. Les membranes qui recouvrent cette partie de l'encéphale sont exemptes d'altération, la substance cérébrale elle-même est saine ; le ventricule latéral droit, offre un peu moins de capacité que le gauche, du reste, ni l'un ni l'autre ne sont le siége d'épanchement séreux.

Nous ne trouvons rien de remarquable dans les autres viscères, si ce n'est un kyste du volume d'un abricot, distendu par un liquide également transparent, et siégeant au centre du lobe droit du foie. Dans les gros intestins nous retrouvons les traces de la dysentérie qui a compliqué la variole. T. Constant.

Quelques remarques sur la saignée ; par M. Magistel, D.-M. à Paris.

Je ne viens pas poser ici des règles spéciales pour la saignée ; je ne prétends pas non plus excuser une maladresse. Lorsque la lancette respectant la veine qui doit être ouverte, va plonger insidieusement dans le tissu cellulaire voisin, dans la plupart des cas il y a eu défaut d'attention, au moins, de la part de l'opérateur. Mais pourquoi les chirurgiens les plus habiles font-ils faire par leurs élèves les saignées qu'ils prescrivent? C'est qu'il est plusieurs circonstances où ces petites opérations sont difficiles à pratiquer, sinon impossibles, et qu'une grande réputation pourrait souvent souffrir de

ce que l'on regarde toujours dans le monde comme une maladresse. Toutefois, cette opinion n'est pas toujours fondée; une veine peut être largement ouverte et ne pas fournir de sang. C'est un fait à l'appui duquel j'ai recueilli plusieurs observations; je ne citerai que les suivantes :

Obs. I. — En 1826, un soldat du 47e de ligne, tombé d'une hauteur considérable, fut amené à l'hôpital de Lille, et saigné par un sous-aide. Une piqûre, deux piqûres, trois piqûres, ne donnent pas de sang. Un aide-major, fort instruit d'ailleurs, arrive sur ces entrefaites, ôte la lancette des mains tremblantes du sous-aide, et se dispose à pratiquer la saignée lui-même. Il fait une première ouverture sans succès : c'est que, dit-il, le tissu adipeux vient recouvrir la veine. Une seconde ouverture n'est pas plus heureuse que la première : c'est parce que la lancette est émoussée. Une troisième ouverture ne fut pas tentée, et l'opérateur attendit prudemment. Il s'était aperçu, peut-être, qu'il avait affaire à des veines exsangues.

Le pouls du militaire qui fait le sujet de cette observation battait à peine, tandis que les mouvemens du cœur étaient tumultueux. Le sang refluait dans les organes intérieurs qui avaient été ébranlés. La commotion du cerveau ne permettait pas encore que le cours du sang se rétablit entièrement. Le sang coula au bout de quelques heures par les ouvertures faites précédemment, ce qui démontra bien que les veines avaient été incisées. Le louable empressement avec lequel on avait secouru ce militaire, avait empêché de bien apprécier sa position.

Obs. II. — Je fus appelé dans le mois d'avril 1833, chez une dame habitant la rue Miroménil, n° 18. Cette dame, d'une forte constitution et d'un embonpoint notable, était âgée d'environ quarante ans. Son visage était rouge, ses dents étaient serrées; elle avait eu, disait-on, *un coup de sang*. Un médecin qui se trouvait auprès d'elle, l'avait saignée aux deux bras sans obtenir de sang. Il m'engage à tenter une nouvelle piqûre. Je pris le bras droit, et me disposais lentement à piquer la veine céphalique, avec la crainte de ne pas être plus heureux; quand tout à coup l'ouverture qu'il avait faite à la médiane basilique, donna un beau jet de sang.

Il est évident pour moi que ce fluide ne circulait pas dans cette veine, à l'instant où elle fut piquée. Chez les femmes grasses il ne faut pas considérer seulement la profondeur des veines. Sous la moindre influence la circulation peut être interrompue; surtout dans les vaisseaux capillaires, et les vaisseaux superficiels. Ce n'est qu'à mesure que le cœur et les artères, et les veines auxquelles on ne saurait refuser une action propre, reprennent leurs fonctions; ce n'est que lorsque la peau reprend sa chaleur que, chez certains individus, le sang reprend son cours dans les veines voisines de la peau. Saignons alors, et nous aurons du sang sur-le-champ, tandis que vingt piqûres faites pendant l'asthénie momentanée des vaisseaux superficiels, n'en donneront pas dix gouttes. Et voilà pourquoi, dans certains cas, le médecin dernier arrivé est le plus adroit.

Obs. III. — Je fus appelé auprès d'une dame qui, ayant éprouvé une vive contrariété, se trouvait en proie à de violentes convulsions. Une forte céphalalgie, la rougeur du visage, indiquaient une congestion cérébrale. Un de mes confrères fut d'avis comme moi de la saigner du bras. On m'annonce alors que la malade est très-difficile à saigner. J'aurais dû noter qu'elle était très-grasse, que les veines se gonflaient difficilement, que la peau était couverte d'une sueur froide, que le pouls devenait très-petit, que cette dame avait peur. Le toucher m'indiquait une veine médiane céphalique; je l'ouvre largement et n'ai que le déplaisir de voir un petit jet de sang qui s'arrête de suite. Une autre piqûre a un aussi triste résultat. Un troisième médecin survient, s'escrime sur l'autre bras, et n'est pas plus heureux. Une application de sangsues dut remplacer la saignée du bras; car celle des saphènes et des jugulaires ne présentait pas plus de chances favorables, et le cas ne paraissait pas assez grave pour ouvrir une artère temporale. Quelques heures de plus, et le médecin qui me succédait aurait obtenu du sang.

Nous avions, dans ce dernier cas, la constitution la plus défavorable à la saignée du bras. En outre, la malade avait peur. L'individu qui a ainsi peur se trouve dans un état voisin de la syncope, et nous savons que, pendant cet accident, la circulation est interrompue. Une saignée faite en pareil cas ne fournit pas de sang; l'action du cœur et des gros vaisseaux revient promptement, tandis que celle des capillaires, chez les personnes chargées de graisse, ne reparaît que lentement. Enfin dans certaines affections du cœur, la circulation peut être anéantie sous l'influence d'une émotion quelconque. On doit se rappeler qu'un malade saigné dans un hôpital, contre sa volonté, eut une telle frayeur, qu'il mourut à l'instant où sa veine fut piquée.

La saignée considérée comme opération est souvent fort chanceuse. Elle est si facile, dit-on, que les sages-femmes, les sœurs hospitalières, les infirmiers même, la pratiquent. Il est beaucoup de gens, en effet, qui font des saignées; et, pour ma part, pendant un assez long séjour en Espagne, j'ai souvent été effrayé par les lancettes et les incisions de barbiers qui n'avaient aucune notion anatomique. Je n'ai vu aucun accident, et cependant un homme d'un grand mérite ouvrit l'artère brachiale d'une reine de Bavière, en voulant ouvrir une veine.

On a l'habitude de décrire l'opération de la saignée comme une bagatelle; qu'en résulte-t-il? C'est que le chirurgien le plus adroit s'expose à compromettre sa réputation, si le sang ne jaillit pas sous sa lancette.

Je termine par les conclusions suivantes :

« 1° Si la position d'un malade exige une saignée, il faut saigner, quelque difficulté qui se présente, sans aucune considération personnelle;

» 2° Si la difficulté ne tient qu'à la profondeur des veines, on ne doit pas craindre, lorsqu'il y a urgence,

de les aller chercher en incisant largement avec un bistouri ;

» 3° On s'expose à n'avoir pas de sang toutes les fois que l'on saigne un malade dont la circulation n'est pas bien libre, quoique la veine soit largement ouverte;

» 4° Il en est de même lorsque la circulation n'est pas rétablie, à la suite d'une commotion, d'une syncope, d'une vive frayeur, etc. ;

5° Dans tous les cas, avant de pratiquer une saignée, il faut s'assurer de l'état normal du malade, examiner son pouls, ses veines ; tenir compte de son embonpoint, de la chaleur et de la transpiration de sa peau, de la laxité de son tissu cellulaire.

N° 8. — 20 FÉVRIER

Du spasme de l'urètre, et des obstacles véritables que l'on peut rencontrer en introduisant des instrumens dans ce canal; mémoire lu à l'Institut le 8 février 1836, par J.-Z. Amussat.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ I. *Dans l'état normal de l'urètre.* On sonde particulièrement ce canal lorsqu'il y a rétention d'urine, paralysie de la vessie, ou maladie de cet organe, et surtout pour constater s'il existe un corps étranger dans le réservoir de l'urine.

Avant mes travaux et ceux de Bell sur l'urètre, on ne connaissait pas l'obstacle naturel à l'introduction de la sonde ; la crête urétrale, les plis de l'urètre et le spasme surtout jouaient alors un très-grand rôle ; maintenant on reconnaît avec moi que les instrumens sont souvent arrêtés au bulbe et à la prostate par la disposition organique de ces parties. La symphyse des pubis n'est pas toujours un obstacle, c'est un point fixe qu'on peut au contraire prendre pour guide.

Dans un mémoire sur l'urètre que j'ai publié en 1824, j'ai dit quels étaient les véritables agens du spasme. Je reconnais qu'alors j'ai accordé à ce dernier état une trop grande importance, et que j'ai beaucoup trop concédé aux idées reçues, tout en les restreignant dans de plus étroites limites. Depuis, mon expérience m'a appris que le spasme seul n'est qu'un faible obstacle.

Contrairement à l'opinion de Hunter, de Wilson et d'un grand nombre de chirurgiens qui admettent des fibres charnues et le spasme dans toute l'étendue de l'urètre, j'ai montré que le véritable *spasme musculaire* ne pouvait avoir lieu que dans une très-petite portion du canal, c'est-à-dire dans le tiers postérieur de l'urètre. Cette partie est pourvue de fibres charnues intrinsèques très-abondantes, qui m'ont déterminé à donner à cette portion du conduit excréteur de l'urine, le nom de *portion musculeuse*, au lieu de celui de partie membraneuse qu'elle portait auparavant. Il y a en outre un appareil musculeux, qui se compose des muscles de Wilson, du releveur de l'anus, du triangulaire du périnée et du bulbo-caverneux. Ce double appareil musculeux est destiné à comprimer et à relever fortement l'urètre pour expulser spasmodiquement le sperme, et les dernières gouttes d'urine qui passent par ce canal. Ajoutons encore que j'ai démontré un véritable sphincter de la vessie qui se trouve immédiatement au-dessus de la fossette de la prostate, et nous aurons énuméré tous les véritables agens musculaires de l'urètre ; mais nous devons déclarer que, d'après notre expérience, ces obstacles sont très-légers quand la sonde est poussée avec soin dans la véritable direction du canal. Le seul point qui présente un rétrécissement réel dans l'état sain de l'urètre, c'est le col de la vessie ou mieux son sphincter, que j'ai appelé valvule pylorique de la vessie à cause de son analogie avec celle de l'estomac.

C'est ce dernier obstacle que les malades affectés de rétrécissemens de l'urètre regardent comme le plus difficile et le plus douloureux à vaincre.

Lorsque cet obstacle arrête l'instrument qui vient lutter contre lui, on le fait aisément disparaître en replaçant la sonde dans la véritable direction, c'est-à-dire en haut, ou en recourbant la bougie.

Quoi qu'il en soit, je ne pense pas que les appareils musculeux que j'ai énumérés, puissent, dans l'état normal, constituer ce qu'on appelle improprement *un rétrécissement spasmodique de l'urètre.*

La meilleure preuve que je puisse apporter, je crois, en faveur de mon opinion, c'est qu'il est aussi difficile, et plus peut-être, de sonder l'urètre d'un cadavre que celui d'un homme vivant, lors même que la raideur cadavérique est passée ; et cependant dans ce cas on ne peut pas accuser le spasme, mais bien les obstacles inhérens à l'organisation de l'urètre, la longueur de ce canal, sa texture compliquée, et par-dessus tout, la disposition du bulbe et de la prostate que j'ai décrite longuement dans mon mémoire sur l'urètre (voir *Archives de méd.*, janvier et avril 1824.)

Ajoutons que les fausses routes ont lieu, dans le plus grand nombre des cas, au bulbe et à la prostate, sur le cadavre comme sur le vivant, et nous aurons une preuve de plus en faveur de notre opinion.

Enfin, si l'on met à découvert l'urètre d'un animal vivant, d'un chien, par exemple, on sent distinctement les contractions de ce canal, en le tenant entre les doigts, pendant le passage de l'urine ; et lorsqu'on y introduit une sonde, on ne rencontre par la moindre difficulté en suivant la véritable direction, lors même qu'on l'excite à se contracter devant le bec de la sonde, soit par des piqûres, des pincemens, ou autres stimulans extérieurs. Je dois dire encore que lorsqu'on retire de l'urètre une sonde courbée, elle semble être serrée, tandis qu'une sonde droite paraît l'être moins : ce phénomène tient uniquement à la courbure de la sonde.

On voit que j'admets la contraction spasmodique, et le spasme même convulsif de l'urètre ; mais que je ne le crois pas assez puissant pour s'opposer à l'introduction d'un instrument porté dans la véritable direction du canal.

Il est extrêmement rare de trouver de la difficulté à

sonder les malades chez lesquels on va pratiquer l'opération de la lithotomie ou de la lithotripsie (s'ils n'ont pas eu de maladie de l'urètre), et cependant la frayeur qu'inspire l'opération de la cystotomie, surtout, donne aux agens musculaires de l'urètre toute l'énergie dont ils sont capables. Je n'ai point connaissance d'ailleurs que dans ces cas on ait eu de la peine à retirer la sonde, comme lorsqu'il y a inflammation, gonflement, et véritable rétrécissement ou induration de la membrane muqueuse.

Lorsqu'il y a une ou plusieurs grosses pierres dans la vessie, et que la sonde se trouve serrée ou retenue, il faut bien se garder d'attribuer ce phénomène au spasme de l'urètre, ou même de la vessie; cet effet est le même que celui que j'ai cité dans l'observation du prince russe.

Dans la cystotomie sous-pubienne, il est difficile de suivre la cannelure du cathéter avec l'instrument qui doit faire l'incision, parce que la portion musculeuse embrasse *spasmodiquement* le cathéter; c'est alors qu'il faut prendre garde de se fourvoyer comme cela est malheureusement arrivé quelquefois à des chirurgiens peu expérimentés, inhabiles, ou peu sûrs d'eux-mêmes. C'est en pratiquant la lithotripsie qu'on devrait rencontrer souvent le spasme; la frayeur de l'opération et le volume de l'instrument devrait fréquemment faire constater ce phénomène. Pour moi, qui ai fait un grand nombre d'opérations de ce genre et qui la pratique journellement, je puis assurer que rarement j'ai éprouvé de la difficulté à faire pénétrer les instrumens de lithotripsie, lorsqu'il n'y a point maladie de la prostate, ou rétrécissement de l'urètre.

Dans presque tous les cas, ce conduit par sa souplesse se prête admirablement à la lithotripsie, quoique l'instrument dont on se sert particulièrement aujourd'hui ne soit pas du tout favorable au cathétérisme.

Qu'il me soit permis, sans trop m'écarter de mon sujet, de dire ici encore quelques mots en faveur de cette belle opération, qui n'a de détracteurs que ceux qui ne savent ou qui n'osent pas la pratiquer.

La difficulté que l'on rencontre quelquefois en introduisant des instrumens de lithotripsie dans l'urètre ne vient pas du spasme de ce canal, mais le plus souvent de la disproportion de volume des instrumens avec la capacité du conduit qu'ils doivent parcourir; d'autres fois, de ce que le canal est rétréci, et que ses parois n'étant point assez souples dans ce point plus étroit, ne se prêtent pas volontiers au passage d'un instrument dont la forme anguleuse quoique arrondie, (comme celui de M. Heurteloup, par exemple), a besoin de toute l'élasticité du canal pour arriver à la vessie: car il est plus difficile à introduire dans ce cas que s'il était tout à fait droit. Ceci provient de ce qu'une fois serré, il est difficile de le pousser dans la véritable direction; dans ce cas, il ne faut pas trop insister, *et si, après avoir essayé de le faire pénétrer en longeant la paroi inférieure du canal avec le talon de l'instrument, on n'a pas réussi*, il vaut mieux ouvrir la voie avec une grosse sonde droite ou une sonde largement recourbée. En général, on doit faire précéder l'opération de la lithotripsie de l'usage des bougies graduées jusqu'au-delà du diamètre de l'instrument, pour habituer le canal au contact de ces corps étrangers, émousser sa sensibilité et éviter la dilatation brusque de l'urètre et de la vessie; il est extrêmement dangereux de tromper les malades dans quelque intention que ce soit, en leur faisant croire qu'on va les sonder, ce qui a donné lieu quelquefois à de graves accidens et même à la mort; j'en connais des exemples. Quant au cathétérisme avec la sonde ordinaire, dans le cas où l'on aurait de la peine à introduire une sonde courbe dans l'urètre ce canal étant exempt de maladies, et l'obstacle se trouvant sous la symphyse ou au bulbe, je puis assurer qu'on ne peut manquer de surmonter cet obstacle en remplaçant la sonde courbe par une sonde droite.

Maintenant je reviens à mon sujet. Dans le cas de rétention d'urine par paralysie de vessie, l'urètre étant sain d'ailleurs, il arrive souvent que des chirurgiens peu habitués au cathétérisme (1) se trouvent arrêtés au bulbe ou à la prostate par leur propre hésitation. Ils accusent le spasme, la crête urétrale, des varices de l'urêtre ou du col de la vessie, parce que la muqueuse a été froissée par la sonde et que l'urètre saigne. Dans ces cas, une injection dans le canal chasse le sang et les caillots, et facilite le passage de la sonde. Mais il est évident que si l'on a plus de peine à passer la sonde, la difficulté, selon moi, ne tient pas au spasme, mais au gonflement de la muqueuse; l'obstacle est alors d'autant plus grand qu'on a fait plus de tentatives, et qu'il s'est écoulé plus de temps depuis les premiers essais de cathétérisme infructueux. Quelquefois il y a en outre une fausse route qui rend cette dernière opération plus difficile encore, parce que la sonde a une grande tendance à entrer dans la fausse voie. Dans ce cas, il faut suivre la paroi supérieure avec une sonde courbe, et employer une sonde droite si on ne réussit pas. Je pourrais citer un bon nombre de cas d'insuccès de cathétérisme, même avec fausses routes, dans lesquels on accusait le spasme et d'autres obstacles imaginaires, après avoir fait une injection pour nettoyer l'urètre; la sonde a pénétré en suivant la paroi supérieure, sans rencontrer de spasme, de varices ni de fongus, etc.

---

(1) Je me suis servi, il y a quelques mois, d'une sonde à courbure très-courte, pour mieux explorer la pierre chez un calculeux que j'avais déjà sondé précédemment plusieurs fois avec facilité. J'ai été invinciblement arrêté au bulbe, et j'aurais fait une fausse route si j'eusse insisté avec cet instrument. Je me suis bien gardé de penser alors au spasme, et je n'ai vu là qu'une disproportion entre ma sonde et le volume du ventre de mon malade. La même chose arrive tous les jours, et l'on accuse le spasme au lieu de la véritable cause. La persévérance, l'opiniâtreté, l'amour-propre, ou un instrument peu convenable, produisent le plus grand nombre des fausses routes. Souvent on se sert d'un mauvais mandrin de fil de fer, mal fait, avec lequel il est impossible de bien manœuvrer une sonde élastique. Dans ce cas je me sers d'un mandrin à plaque comme un petit cathéter, à l'aide duquel je puis diriger sûrement le bec de l'instrument.

Les mêmes raisons s'appliquent aux corps étrangers, aux fragmens de pierre qui ont séjourné plus ou moins longtemps dans l'urètre, et qui ont occasionné par leur extraction des blessures, des contusions, des froissemens ou des déchirures de la membrane muqueuse de l'urètre.

§ II. *Dans le cas de rétention d'urine par gonorrhée*, ou de toute autre inflammation de la membrane muqueuse, il est bien évident pour moi que c'est le gonflement de cette membrane, et particulièrement de celle du col, ou mieux du sphincter de la vessie, qui met obstacle à la sortie de l'urine. D'ailleurs, il suffit d'observer ce qui se passe en introduisant la sonde pour se convaincre qu'elle est principalement serrée dans les points les plus rétrécis du canal, c'est-à-dire au méat, au bulbe et au col ou sphincter.

Dans ces cas, il faut employer une sonde de moyenne grosseur, chauffée, fortement huilée; suivre avec grande attention et doucement la paroi supérieure de l'urètre. Le cathétérisme, qui est dans tous les cas une opération douloureuse, l'est extrêmement dans celui-ci.

§ III. *Dans le cas de rétrécissement de l'urètre*, depuis le simple gonflement, ou de bride, jusqu'à l'obturation presque complète du canal. On confond trop souvent ces divers états morbides avec le spasme de l'urètre. On abuse du mot, et l'on accuse ce faible obstacle lors qu'on éprouve de la difficulté à faire pénétrer les instrumens.

Ceux qui admettent trop facilement le spasme se fondent sur la rapidité de son développement et sur celle de sa disparition (1); ils disent qu'un malade est pris tout à coup d'une rétention d'urine, quand il urinait encore bien la veille; mais dans presque tous les cas, il y a une inflammation ancienne dans le canal qui, par une cause quelconque, s'accroît rapidement et s'oppose à l'émission de l'urine.

Les antécédens du malade et une exploration attentive prouvent, dans le plus grand nombre des cas, ce que j'avance. Il suffit d'introduire une bougie à empreinte, pour constater qu'il y a des points sensibles, phlogosés du canal, et même des rétrécissemens commençans : pour s'en convaincre il faut employer mon explorateur de l'urètre avec lequel on découvre les moindres brides, cicatrices, ou petites cloisons qui occupent le tiers, la moitié, ou les deux tiers et quelquefois toute la circonférence de l'urètre. C'est ce que des auteurs anglais ont confondu avec des rétrécissemens spasmodiques partiels des prétendues fibres charnues qui entourent l'urètre et qu'ils disent faire impression sur les bougies; ils ont pris les brides, *les valvules morbides* que j'ai décrites dans mes leçons (1) pour des contractions musculaires.

Plus que personne j'admets ces divers états patholo-

---

(1) Je ne parle pas de ces difficultés d'uriner qui arrivent à des personnes très-impressionnables, qui ne peuvent pas uriner devant un médecin; car, dans ce cas, ce n'est pas l'urètre qui se contracte trop, c'est la vessie qui ne se contracte pas assez. Dans ces circonstances assez nombreuses, et que j'ai rencontrées fréquemment, j'ai toujours sondé facilement, et je n'ai pu constater le spasme tel qu'il est décrit par les auteurs. J'ai bien observé que souvent la bougie, ou la sonde est chassée, repoussée du canal; mais cela s'explique facilement par les agens musculaires dont j'ai parlé, et dans ce cas je n'ai pas eu d'obstacle à franchir, ou du moins ils n'ont pas été appréciables au bout de ma sonde; car lorsqu'il y a de véritables rétrécissemens organiques, ceux-là seuls fournissent des empreintes. Je n'en ai jamais obtenu dans les autres, et j'engage ceux qui les admettent à les soumettre à ce genre d'épreuves. Toutes les bonnes raisons que l'on donne en faveur du spasme appartiennent à l'inflammation ou aux obstacles inhérens à l'organisation de l'urètre, ou, en un mot, à la difficulté du cathétérisme chez l'homme; la preuve, c'est qu'on accuse rarement ces obstacles chez la femme, et cependant son canal est musculeux comme la portion musculeuse de l'homme.

Depuis la terminaison de ce mémoire, j'ai lu le paragraphe suivant dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V, p. 95 :

« *L'état spasmodique* du canal de l'urètre peut être porté » assez loin pour arrêter les algalies à 2, 3 et 4 pouces de profondeur, et pour simuler l'existence de véritables rétrécissemens.

» *Nous avons vu prendre et nous avons nous même pris des empreintes à ces différentes hauteurs, sans que les sujets eussent d'autres obstacles que ces contractions de l'urètre.*

» La cire ressortait alors alongée comme une plume de corbeau, et cependant, immédiatement après, une grosse sonde d'argent pouvait être introduite. »

J'avoue que ma surprise a été grande en lisant et relisant ce passage.

Lorsqu'il n'existe qu'un rétrécissement commençant de l'urètre, la bougie exploratrice est insuffisante pour le constater; il faut avoir recours à mon explorateur. Souvent la bougie exploratrice s'arrête au bulbe et forme une tête arrondie, sans que pour cela l'on puisse admettre autre chose que l'obstacle inhérent à l'organisation de l'urètre, c'est-à-dire le cul-de-sac du bulbe. Lors même qu'il existe un rétrécissement assez fort, la bougie à empreinte passe et ne donne aucun résultat; seulement elle s'alonge, s'effile et passe à la filière du rétrécissement. Il faut un resserrement très-grand, un rétrécissement déjà très-avancé, pour que la bougie exploratrice puisse rapporter une empreinte. D'ailleurs, nous ferons observer que M. Bégin ne dit pas *qu'il a obtenu une empreinte*, mais bien que la cire était alongée, ce qui est fort différent, et peut dépendre de toute autre cause.

Pour que le fait pût être concluant, il faudrait : 1° qu'on eût constaté qu'il n'y a pas un rétrécissement organique;

2° Que la sonde fût arrêtée dans un point quelconque, et que la bougie exploratrice s'arrêtât au même point sans le pouvoir franchir, et rapportât *une véritable empreinte*.

Remarquons d'ailleurs que M. Bégin dit que c'est à 2, 3 et 4 pouces de profondeur qu'il a rencontré des rétrécissemens spasmodiques, et l'on sait que dans ces différentes parties de l'urètre, *ce canal est dépourvu de fibres charnues*. Je livre, du reste, ce différend aux praticiens qui voudraient approfondir cette question.

(1) V. Petit, *Leçons sur les rétentions d'urine*.

giques de l'urètre depuis la simple phlogose jusqu'au rétrécissement le plus prononcé. J'ai souvent de la peine à introduire ou à retirer la plus fine bougie ; mais pour expliquer ce phénomène, il n'est pas nécessaire d'appeler à son secours l'action des fibres musculaires ; car il se produit dans les endroits qui en sont dépourvus, depuis le méat jusqu'au bulbe ; et, de ce qu'une bougie ne pénètre pas immédiatement et pénètre un peu plus tard, on n'en doit pas conclure qu'il y ait spasme ; car le hasard serait souvent pris pour le spasme ; on pourrait même expliquer cet effet en disant que l'état d'inflammation, de gonflement, qui était à son summum d'intensité, bisse ou diminue parce que la bougie fait saigner le rétrécissement, ou par ce qu'il s'est dégorgé par la sécrétion. Alors la bougie passe plus facilement, et la belladone, employée dans ce cas et dans tout autre, ne fait pas grande chose, selon moi. Les injections forcées et les bougies fines sont les meilleurs moyens que je connaisse pour vaincre ce genre d'obstacle, en les aidant de sangsues, cataplasmes, lavemens, etc.

La cautérisation et la scarification des rétrécissemens de l'urètre sont deux agens qui produisent des effets opposés, et l'observation attentive de leur action immédiate vient à l'appui de ce qui précède.

La cautérisation produit à l'instant même le resserrement du point cautérisé dans toutes les parties du canal, même au méat, là où il n'y a pas de fibres charnues. *Ce qui le prouve, c'est qu'il est impossible d'introduire après la cautérisation de la bougie, qui pénétrait facilement avant.* Les malades connaissent très-bien cet effet, et il est admis par tous les praticiens qui se servent de la cautérisation pour détruire les rétrécissemens de l'urètre. Ici, comme on le voit, la cautérisation produit, presque sous nos yeux, ce que le gonflement inflammatoire détermine plus ou moins vite.

La scarification (qui doit être toujours légère) produit un effet opposé à la cautérisation ; elle débride et dégorge le tissu malade, qui s'élargit. Aussi dans ce cas, une bougie qui était serrée avant passe plus librement après.

Le spasme, selon moi, ne prend aucune part à ces deux phénomènes opposés.

§ IV. *Dans le cas de maladie de la prostate.* La prostate, même à l'état sain, s'oppose fréquemment par sa structure à l'introduction des instrumens dans la vessie, quand le bec de la sonde suit la paroi inférieure de l'urètre. Longtemps on a cru que c'était dans ce cas la crête urétale qui arrêtait les instrumens, mais la disposition anatomique de la prostate explique bien mieux le fait, que l'on peut constater facilement en sondant l'urètre d'un cadavre sur lequel on a mis à découvert un des côtés de la prostrate et de l'urètre. (Pour cela, après avoir extirpé une cuisse, on agrandit le trou ovalaire le plus possible avec une gouge et un marteau.) En répétant l'expérience après avoir mis à découvert un des côtés du bulbe, on voit que toujours, lorsque le bec de la sonde suit la paroi inférieure de l'urètre, elle s'arrête aux deux points indiqués : le bulbe et la prostate. Le ligament de Bell ne peut être considéré que comme un obstacle secondaire.

Lorsque la prostate est malade, gonflée, l'urètre n'est pas rétréci comme on le pense généralement ; au contraire, il est élargi, parce que cette glande ne fait pas *un cercle entier* autour de l'urètre. Dans ce cas, le cathétérisme est plus difficile, non pas parce que le canal de l'urètre est rétréci dans ce point, mais parce que les obstacles naturels sont plus saillans ; les fossettes de la prostate, derrière la crête urétrale, sont agrandies.

Pour faciliter l'entrée de la sonde, il faut alors élever la partie inférieure de la prostate seulement, pour que le bec de la sonde puisse passer par-dessus la portion transverse de cette glande, qui est au-dessus des canaux éjaculateurs et du sphincter de la vessie. Dans ce cas, le spasme ne peut point avoir lieu, et cependant on l'accuse fréquemment, parce que la sonde n'ayant pu entrer dans un moment, pénètre un instant après. Mais qui ne voit que dans ce cas fortuit, la sonde a suivi la bonne direction, c'est-à-dire la paroi supérieure de l'urètre, au lieu de la mauvaise, la paroi inférieure?... Les mêmes raisons s'appliquent au bulbe.

La crête urétrale, par son gonflement, peut être un obstacle ; mais cet état est extrêmement rare.

La procidence de la portion transverse de la prostate, que Home a improprement appelée troisième lobe de la prostate, et qui a été *façonnée* ainsi par les anatomistes qui ont disséqué la pièce qui se trouve représentée dans son livre, est une maladie fréquente ; elle accompagne souvent la présence des calculs dans la vessie; elle se montre derrière le sphincter de cet organe, sous le pli de la muqueuse qu'on désigne par le nom de luette vésicale ; et se présente presque toujours sous la forme d'une petite tumeur arrondie, bien distincte, et qui vient boucher le col de la vessie dans les derniers efforts pour expulser l'urine.

Lorsque cette tumeur est un peu volumineuse, elle devient souvent la cause de rétention d'urine.

Dans un cas de taille hypogastrique, en 1827, j'ai excisé une petite tumeur de cette nature avec de longs ciseaux courbes, et ce cas m'a donné l'idée de proposer *de lier ces tumeurs* (1).

Dans le cas de rétention causée par une tumeur de la prostate située derrière le col de la vessie, et quelquefois au-dessus, le cathétérisme est d'autant plus difficile que la tumeur est plus grosse; alors il faut se servir d'une sonde à grande courbure, et chercher à la passer doucement sur les côtés de la tumeur ; car si l'on force directement, on transperce ces sortes de tumeurs qui répandent beaucoup de sang dans la vessie; et si l'on veut s'aider du doigt dans le rectum, au lieu d'élever la prostaté, il faut essayer de la baisser, en la tirant en bas avec le doigt recourbé en forme de crochet.

De ce qui précède on pourrait, ce me semble, déduire les conclusions suivantes :

1° Le véritable spasme musculaire de l'urètre ne peut

(1) V. Petit, *Leçons sur les rétentions d'urine*, p. 217.

avoir lieu que dans la portion du canal que j'ai appelée *musculeuse*, et qu'on désigne communément sous le nom de *membraneuse*.

La compression et l'aplatissement du canal sont seuls effectués dans le tiers moyen de l'urètre par le muscle bulbo-caverneux, et la simple rétraction spasmodique dans l'autre tiers qui est dépourvu de fibres charnues. Seuls ces trois états *gradués* de spasmes ne peuvent, selon moi, opposer qu'une faible résistance à l'introduction des instrumens dans l'urètre.

2° L'urètre de la femme est musculeux comme la portion musculeuse de l'urètre chez l'homme; et jamais cependant, ou rarement au moins, accuse-t-on le spasme de s'opposer à l'introduction de la sonde chez la femme.

3° Les obstacles naturels que l'on confond presque toujours avec le spasme, dépendent de la constitution anatomique de l'urètre de l'homme. Ces obstacles sont le bulbe et la prostate, qui n'existent pas chez la femme. Pour les éviter, il faut suivre la paroi supérieure du canal; si la sonde courbe s'arrête au bulbe, essayer la bougie à empreinte, ou mieux encore la sonde droite; et si l'on rencontre la même difficulté avec un lithotripteur à bec court, il faut longer la paroi inférieure du canal avec le talon de l'instrument.

4° Dans l'état actuel de la science, il faut séparer le spasme de l'inflammation, ou de la fluxion inflammatoire qui arrive après des essais infructueux de cathétérisme, après l'extraction d'un fragment de pierre qui a séjourné dans l'urètre, etc.

5° Le spasme peut s'ajouter à l'état inflammatoire: mais ce dernier état suffit seul pour produire l'obstacle, car il a lieu souvent dans la portion du canal qui est dépourvue de fibres charnues; et, dès qu'une bougie est serrée, on peut dire qu'il y a inflammation, gonflement, rétrécissement ou disproportion entre la sonde et le diamètre du canal.

6° De ce que l'urètre est facile à sonder après la mort, tandis qu'il y avait difficulté, impossibilité même pendant la vie, il n'en faut pas conclure qu'il existait seulement un rétrécissement spasmodique, comme dans l'exemple de J. J. Rousseau; car un examen attentif prouve que ce changement provient de l'effet cadavérique sur les tissus enflammés, et surtout de la section de l'urètre dans toute son étendue.

7° Le spasme simple, sans inflammation, cède toujours, selon moi, et serre peu l'instrument. Le gonflement inflammatoire résultant de la gonorrhée, etc., cède aussi, mais plus difficilement; la sonde est alors médiocrement serrée.

Le rétrécissement organique cède beaucoup plus difficilement, et l'instrument est fortement serré.

8° Les meilleurs moyens pour s'assurer qu'il n'y a point de spasme lorsqu'on éprouve de la résistance, sont l'injection, la bougie à empreinte, ou la sonde droite.

9° Dans le cas de rétrécissement morbide, les antécédens du malade, et une exploration attentive, doivent empêcher de confondre cet état pathologique avec le spasme.

10° La cautérisation de l'urètre produit un rétrécissement très-prononcé du canal, et une exagération telle du rétrécissement que l'on cautérise, qu'il est impossible d'introduire après l'instrument qui pénétrait facilement avant.

11° Dans le cas de maladie de la prostate, la situation de l'obstacle, et le doigt introduit dans le rectum, ne peuvent laisser aucun doute sur le genre d'obstacle qui s'oppose à l'introduction de l'instrument.

12° Enfin, si, en sondant avec soin l'urètre d'un cadavre, on examine les points du canal où s'arrête le bec de la sonde, on reconnaît que cet instrument rencontre les obstacles aux mêmes points où on les trouve habituellement pendant la vie, on doit en conclure nécessairement que le spasme ne joue qu'un faible rôle dans les difficultés du cathétérisme lorsque le canal est à l'état normal.

N° 9. — 27 FÉVRIER.

Des saignées répétées dans le début des maladies aiguës; par le Docteur FUSTER.

(DEUXIÈME ET DERNIER ARTICLE.)

Nous avons reconnu dans le premier article que les saignées copieuses et réitérées ont été recommandées par une foule de nos devanciers, dès le début de presque toutes les maladies aiguës prises en particulier. Nous avons prouvé de plus que cette pratique a été généralisée, et qu'elle a été proposée, sous une formule expresse, comme un système de thérapeutique, dans le traitement des maladies aiguës sans acception d'espèces ni de variétés, d'abord par Botal et son école, à la fin du seizième siècle, et plus tard par Dehaën au milieu du siècle dernier. De ces témoignages accumulés il est résulté cette vérité, que le traitement des maladies aiguës par les saignées répétées, qu'on avait fait passer pour une nouveauté, est âgé aujourd'hui de trois cents ans bien comptés, et que, dans cet intervalle, il a été deux ou trois fois au moins, tour à tour pratiqué, délaissé, repris et rejeté. Ces alternatives de faveur et de discrédit ne sont pas de bon augure pour ses prétentions nouvelles à une sorte d'infaillibilité. Ne nous prévalons pas encore des condamnations qui l'ont déjà frappé; prenons-le comme on nous le donne, ou comme s'il était fraîchement inventé; nous lui opposerons ensuite les épreuves contradictoires qu'il a eues à essuyer.

Un penseur a écrit que, pour se convaincre de la fausseté d'un principe, il fallait pousser ses conséquences aussi loin qu'elles pouvaient aller. En effet, ce mode d'argumentation le mène droit à l'impossible par le simple mouvement de la pente qu'il a tracée. Faisons l'essai de ce système dans la discussion de la pratique des saignées répétées; nous verrons bientôt qu'en l'abandonnant à ses conséquences rigoureuses, elle est loin d'offrir à la médecine clinique des motifs suffisans de sécurité.

Cette pratique, nous l'avons dit plusieurs fois, attaque toutes les maladies aiguës par des saignées promptes, abondantes et réitérées. Un premier fait est impliqué dans cette prescription : c'est que toutes les maladies aiguës ne reconnaissent qu'une cause unique, et que cette cause est identique dans tous les cas. On ne peut comprendre sans cette condition que toutes les maladies soient accessibles à un seul et même traitement. Ainsi s'effacent devant le trait absolu de cette loi thérapeutique les distinctions étiologiques admises dans ces affections. De ce point de vue, des fièvres, s'il s'agit de citer des exemples, produites par des émanations marécageuses, par une grande fatigue intellectuelle ou morale, par un violent exercice, par des débauches de table ou par la présence des vers, passeront pour les mêmes maladies et figureront sur le même plan. On en peut dire autant des rhumatismes, des érysipèles, des phlegmons et des catarrhes, quelle que soit sous le rapport de l'origine la netteté de leur ligne de démarcation.

Un second fait ressort encore avec évidence du choix de ces moyens d'application ; dans l'immense arsenal des instrumens de la thérapeutique, elle ne puise rien de plus que les émissions sanguines, saignées générales, saignées par les sangsues, saignées par les ventouses scarifiées. Que signifie cette préférence exclusive, si ce n'est que non-seulement toutes les maladies aiguës ont une cause unique et la même pour toutes, mais encore que cette cause n'est autre chose qu'une irritation phlogistique ou une inflammation ? Et voilà la plus grande portion des domaines de la pathologie, retombée par suite de cette méthode sous le despotisme de la doctrine de l'irritation. Il est superflu de nous mettre en frais d'argumens contre ces retours tardifs à une doctrine trop usée pour laisser craindre qu'on parvienne à la restaurer. Contentons-nous de faire remarquer que la loi thérapeutique du traitement des maladies aiguës par les saignées répétées, n'est en définitive qu'une des queues des idées de M. Broussais.

Ce n'est pas assez d'être entraînés par cette loi à l'erreur palpable et surannée que toutes les maladies aiguës ont une seule et même cause, et que cette cause unique n'est que l'irritation. En y restant fidèle, on arrive encore à cette conclusion : que tous les malades ressentent uniformément l'action des causes morbides, et qu'ils réagissent tous dans le même sens. Que ces malades soient hommes ou femmes, jeunes ou vieux, faibles ou robustes, sanguins ou nerveux, bilieux ou lymphatiques, dès qu'il est constaté que l'affection est aiguë, en dépit des différences de sexe, d'âge, de tempérament, de constitution et d'idiosynerasie, viennent le plus promptement possible des émissions sanguines réitérées ! Cette méthode ne souffre qu'une restriction, c'est que selon les circonstances, il est nécessaire d'augmenter ou de réduire le nombre des saignées et de verser plus ou moins de sang. Cette réserve, exclusivement fondée sur le degré des émissions sanguines, est le seul changement que subisse la méthode en présence des différences frappantes ou de l'opposition radicale que les âges, les tempéramens et les constitutions introduisent à chaque instant dans le mode de sentir de l'organisme et dans les caractères pathologiques de sa réaction.

Les modificateurs de l'économie ne disparaissent pas moins que les dispositions individuelles sous la rigueur de cet inflexible niveau. Les influences de l'air, le pouvoir du régime, la longueur des habitudes, ne dispensent pas non plus de l'intervention de cette méthode curative, tant que la maladie est aiguë ; ce qui revient à dire que l'action de ces influences se réduit à rien ou à si peu de chose, qu'on satisfait à toutes leurs exigences en ajoutant ou retranchant quelques onces à l'abondance moyenne des saignées ; car d'ailleurs on doit toujours saigner largement et souvent, qu'on soit en hiver ou en été, que le temps soit rude ou tempéré, humide ou sec, constant ou irrégulier ; que la maladie prenne naissance dans une exposition très-aérée ou dans le méphitisme d'un lieu trop renfermé ; que les malades nagent dans l'opulence ou languissent dans la pauvreté. D'après les conséquences qu'elle entraîne, on voit que cette méthode thérapeutique renverse toutes les idées sur la nature des causes morbides, sur les aptitudes des malades et sur le rôle des modificateurs extérieurs. Nous allons montrer qu'elle n'est pas plus d'accord avec la saine pathologie sur la composition générale et la marche des maladies aiguës.

La méthode proposée se passe sans regret de l'étude analytique de ces maladies, ou plutôt elle n'a jamais dans ces maladies matière à analyser. L'analyse d'un état morbide suppose la présence d'un certain nombre d'élémens pathologiques dont il est intéressant de déterminer les propriétés. Les partisans des saignées à outrance n'ont que faire de cette analyse difficile. A leurs yeux, les maladies ne peuvent avoir qu'un seul élément, élément qui est toujours et partout le même, car il indique toujours et partout le même ordre de moyens. Il importe peu que la maladie soit bilieuse ou inflammatoire, muqueuse ou nerveuse ; que ce soit une fièvre franche ou une fièvre larvée, une affection essentielle ou symptomatique, un état morbide simple ou un état morbide compliqué ; que, par exemple, des symptômes d'embarras gastriques s'entremêlent avec des symptômes de maladie nerveuse ; qu'une effervescence inflammatoire passagère déguise une fièvre des marais, se déclare par l'effet d'une irritation verminense, ou qu'elle soit le prélude d'une éruption cutanée. Il importe aussi peu que l'affection aiguë soit continue ou intermittente, qu'elle soit quotidienne tierce ou quarte ; qu'elle attaque la tête, la poitrine, la gorge ou le ventre ; qu'elle règne dans les viscères ou à la peau ; qu'elle soit fixe ou vague, générale ou circonscrite, le fond du traitement reste invariable ; il n'y a jamais qu'à saigner copieusement et coup sur coup. Les seules modifications consistent à changer les places où l'on applique les sangsues ou les ventouses scarifiées, à ôter ou à ajouter selon les cas au luxe des saignées.

Cette méthode thérapeutique ne s'embarrasse exclusivement que du début des maladies aiguës ; elle ne

tient pas compte des autres phases de leur durée. Aussitôt qu'une affection de cette espèce a franchi cette première période, quand on est appelé trop tard pour assister à sa naissance, ou lorsqu'enfin tous les efforts de l'art n'ont pu la faire avorter, la méthode en question ne pourvoit par aucun expédient à l'inopportunité de son intervention. Il y a plus, c'est qu'en versant dès le commencement de ces maladies des torrens de sang, elle enlève nécessairement à l'économie les ressources qu'elle aurait trouvées dans ses propres forces pour fournir aux frais d'une heureuse solution. Que parlez-vous de crises ou de puissance médicatrice? en restant fidèle à ses principes, on ne doit croire qu'à l'empire des causes irritantes et au pouvoir des larges émissions de sang. En deux mots, et pour résumer les conséquences de cette méthode, toutes les maladies aiguës proviennent d'une seule source, et cette source, la même dans toutes, c'est l'inflammation. Tous les sujets sensibles à cette cause unique s'y montrent accessibles uniformément. Le concours des circonstances extérieures n'est pas moins inhabile à rompre la monotonie de son action. En présence de ces maladies, il n'y a à s'arrêter qu'à un seul élément : cet élément correspond à l'unité de la cause et reste invariable au milieu des plus notables différences dans les phénomènes de ces affections. La période du début est la seule digne de remarque ; quant aux autres, elles deviennent ce qu'elles peuvent ; enfin tout est fait en faveur de cette classe de maladies, dès qu'à leur naissance et sans se mettre en peine de la mesure de leur durée et de la forme, on saigne en abondance et itérativement. Disons pour notre compte et sous forme de conclusion, que si les émissions sanguines très-fréquentes et très-copieuses ont rendu dans tous les temps, ainsi qu'on l'a prouvé par le premier article, d'excellens services au début de quelques maladies aiguës, ériger en méthode absolue dans le traitement de toutes ces maladies ces applications particulières, c'est abjurer ouvertement, comme on vient de le montrer d'après les conséquences de cette pratique, tous les principes de la saine pathologie.

Il est vrai que les partisans de ces idées en appellent aux faits de la proscription prononcée contre leur système; ils mettent en avant une série d'observations où les saignées réitérées ont complétement triomphé ; et pour donner par leur contraste un plus grand éclat à leurs succès, ils citent parallèlement d'autres séries de faits où les mêmes maladies, disent-ils, différemment traitées, sont, sans aucune comparaison, beaucoup moins favorisées. En présence de tels témoignages dont nous admettons l'authenticité, il s'agit de se demander s'ils sont d'abord assez nombreux, et par-dessus tout s'ils ont été convenablement appréciés. Examinons-les de près sous ces deux aspects particuliers.

Comment s'y est-on pris pour les faire servir de preuve qu'aucun traitement ne réussit mieux contre les maladies aiguës que le traitement par les saignées multipliées? On a rassemblé un nombre donné d'affections, de cette classe, soumises à cette méthode; on a additionné à part les chiffres des malades guéris et des malades décédés, et d'après le rapport de ces deux sommes, on a établi que les résultats de cette pratique sont beaucoup plus heureux que les résultats des pratiques différentes calculés d'après les mêmes procédés. Soient, par exemple, d'un côté cent deux malades atteints de pneumonies traitées par des saignées coup sur coup; sur ce nombre, douze sont morts, quatre-vingt-dix sont guéris; soient, d'un autre côté, environ trois cents pneumoniques traités par d'autres méthodes; sur ce nombre cent sont morts, deux cents sont guéris. En mettant en regard ces deux sortes de produits, on trouve que chez les malades soumis à la pratique ordinaire, la proportion des morts est d'un sur trois, et que chez les malades traités par les saignées réitérées, cette proportion est d'un sur huit et demi ; et même, d'après l'élimination de tous les cas mortels dont la méthode ne pouvait répondre, elle s'élève à un sur vingt-trois et demi.

Certes, si l'on veut accorder que l'on est en droit de réduire en chiffres les observations de maladies, force est bien de subir les conséquences de ces données et de proclamer que le traitement des maladies aiguës, à l'aide des saignées réitérées, est le plus efficace. Nous n'avons pas trop compris pourquoi les pathologistes arithméticiens se sont soulevés en masse contre la prétention de M. le professeur Bouillaud, quand elle est parfaitement justifiée par l'arithmétique. Ils n'avaient, à notre avis, qu'une question à examiner, savoir : si ces opérations numériques étaient exactes. Ce point vérifié, ils n'étaient plus reçus à refuser d'en passer par la pratique d'un médecin qui leur en démontre la supériorité, les chiffres à la main.

Quant à nous, nous déclinons absolument en pathologie la compétence de la statistique. Nous allons plus loin, et nous soutenons que les observations pathologiques sont par leur nature en contradiction patente avec les exigences de la statistique. « Dans toute étude de faits où les causes agissantes sont compliquées, variables et peu connues elles-mêmes, l'application des mathématiques est de nulle valeur, a dit M. de Lamarck, il y a bientôt une trentaine d'années; et il se récrie tout aussitôt pour fortifier sa pensée, sur l'inconvenance de s'appliquer par le calcul à connaître les maladies de l'homme. Un médecin de notre temps, une de nos plus grandes célébrités, M. Double, s'est chargé tout récemment, dans la même enceinte où M. de Lamarck s'était déjà si formellement prononcé, de prouver par un parallèle lumineux entre les principes de la statistique et les circonstances de l'observation pathologique, leur répulsion réciproque et leur incompatibilité.

Une condition indispensable aux applications de la statistique, c'est l'homogénéité des faits; les notions les plus élémentaires de l'arithmétique nous apprennent qu'il est impossible d'opérer sur des nombres à moins de les réduire, au préalable, en unités du même genre, c'est-à-dire à une parfaite homogénéité. Maintenant que faudrait-il aux observations cliniques pour être parfaitement homogènes; il leur faudrait ce qu'il est moralement impossible de rencontrer. Il faudrait, indépendamment

de l'identité de la maladie, une identité pareille dans les manières d'être des malades ; et dans le milieu où ils sont placés la plus petite dissemblance introduirait une erreur de chiffre, et l'on sait, pour peu qu'on soit familier avec les opérations de l'arithmétique, dans quelle progression désespérante on voit s'accroître les fruits d'une première erreur. A plus forte raison les erreurs seront considérables si les différences distinctes sont très-grandes sur tous les points. Or, tel est l'état des observations cliniques.

Une pneumonie, une angine, un érysipèle, en supposant que la maladie soit bien déterminée, ne sont pas, il s'en faut de beaucoup, la même maladie dans tous les sujets. Il y a des différences d'âge, des différences de sexe, des différences d'habitude, de condition et de tempérament. En outre, tous les malades n'ont pas été soumis aux mêmes modifications extérieures : les uns habitaient la ville, les autres la campagne ; plusieurs ont été frappés pendant l'hiver, quelques autres pendant l'été. Si vous voulez apprécier juste toutes les dissemblances, vous verrez que toutes ces maladies, que vous appelez pour vous entendre par un même nom, présentent chacune une individualité distincte ou un état morbide individuel. La méthode numérique passe le niveau sur ces inégalités pathologiques ; elle enlève aux faits cliniques leurs traits personnels ou caractéristiques, c'est-à-dire qu'elle les défigure en les dépouillant de leur existence réelle et qu'elle leur transmet une condition abstraite ou factice, telle qu'il la faut à l'arithmétique avant de procéder. Les mathématiciens de profession protestent par leurs principes contre le vice de ces applications. N'en disons pas davantage au sujet de l'arithmétique médicale ; et terminons ces considérations déjà trop longues sur les saignées réitérées au début des maladies aiguës, en opposant à l'expérience de trois ou quatre ans, et de quelques centaines d'observations dont ce système s'est appuyé, la pratique journalière des plus grands médecins pendant la suite de tous les siècles.

Si l'on prend la peine de compulser les travaux des médecins anciens, on sera frappé de l'uniformité des préceptes proposés dans les traitemens des maladies aiguës. A part les extravagances de Botal et de ses disciples, à l'aide des saignées, nous n'en trouverons pas un seul qui se soit fait une loi de les attaquer toutes sans exception par des émissions sanguines répétées. Tous ont reconnu que, suivant les temps, les personnes et les localités ; ces affections changeaient de nature et demandaient par conséquent des modes de traitement plus ou moins variés. Presque tous pourtant ont eu recours aux émissions sanguines dès le début de la plupart de ces maladies ; mais presque tous aussi se sont arrêtés à un certain degré, reconnaissant qu'il était une époque de leur durée où, sans cesser d'être commençantes, elles exigeaient pourtant d'autres moyens que les saignées. De Haën lui-même, en dépit de l'opinion théorique que nous lui avons prêtée, face à face avec ses malades, pratiquait souvent autrement qu'il n'avait parlé. Indépendamment des faits nombreux où il offre la preuve de cette inconséquence, on sait qu'il usait libéralement, dès le début de beaucoup de ces maladies, des préparations antimoniales, du nitre et d'autres sels. Nous ajouterons, sans prétendre d'ailleurs nous prévaloir des résultats de quelques faits, que tous les péripneumoniques que nous avons cités chez lesquels il avait prodigué les émissions sanguines réitérées, tous, à l'exception d'un ou deux, ont succombé. FUSTER.

Autopsie de la tête de Fieschi.

Le 21 février M. le docteur Lélut a procédé à l'autopsie de la tête de Fieschi à Bicêtre. La réunion était assez nombreuse : il y avait trois ou quatre notabilités phrénologiques et anti-phrénologiques, des hommes de lettres, des peintres, des dessinateurs, et pas un seul chirurgien. Cependant c'est sous le rapport chirurgical que le crâne de Fieschi était particulièrement intéressant. On publiera probablement cette observation avec tous les détails anatomiques nécessaires. Nous nous bornerons sur ce point à quelques remarques générales.

Le crâne présentait à l'extérieur les traces de deux plaies dont l'une occupait une notable portion de l'extrémité supérieure et postérieure du pariétal gauche ; l'autre, beaucoup plus petite, était située un peu au-dessus de l'arcade sourcillière gauche. La lèvre inférieure présentait aussi, vers l'angle droit de la bouche, une cicatrice oblique de cinq à six lignes de longueur, si parfaitement formée, qu'on l'aurait facilement crue beaucoup plus ancienne, si l'époque des blessures n'eût pas été connue d'ailleurs. La plaie extérieure des tégumens au-dessus de l'oreille n'était pas entièrement fermée.

Les parties molles rabattues de tous côtés au moyen d'une incision cruciale, le crâne, mis à nu, offrait au point correspondant de la plaie du pariétal gauche, une élévation osseuse, ovalaire, de la grandeur d'une pièce de cinq francs à peu près, offrant à l'extérieur le même aspect physique que le reste de la surface crânienne. Le segment osseux était parfaitement circonscrit dans tout son pourtour. On ne pourrait mieux en faire comprendre la disposition, qu'en la comparant à un verre de montre enchâssé dans son couvercle. Vers l'extrémité la plus inférieure de cette écaille existait une dépression ou plutôt un enfoncement irrégulier, de quelques lignes de diamètre ; tout le reste de sa surface présentait une convexité unie, dans toute l'étendue de laquelle on n'apercevait aucune solution de continuité. La voûte du crâne sciée et enlevée, on a vu à l'intérieur une disposition complétement correspondante à celle de l'extérieur. A la portion convexe du segment ovalaire, répondait une concavité de même forme et de même dimension, et au point déprimé une saillie. Ce segment de cercle n'est autre chose qu'une portion du crâne même, enlevée en masse et d'un seul coup par la force du projectile comme aurait pu le faire un emporte-pièce, et qui, replacée ensuite dans tous ses rapports

primitifs par le chirurgien, s'est consolidée et réunie. Quant à l'enfoncement qu'on y remarque, il a dû être produit par un projectile plus petit, et lancé dans une direction différente. Une pseudo-membrane très-mince tapissait toute la surface intérieure de la portion d'os, et la séparait de la dure-mère. Les membranes du cerveau sous la plaie et aux environs étaient parfaitement intactes, et n'offraient aucune trace de lésion extérieure ni même d'inflammation. Il est évident que le cerveau n'avait pas été atteint, ce qui explique comment le blessé put encore sortir de la chambre et descendre dans la cour, suspendu à une corde. La commotion dut cependant être terrible. La plaie du front paraît n'avoir intéressé que la table externe des sinus frontaux.

Fieschi a parlé tantôt de dix-sept, tantôt de vingt morceaux d'os qui lui avaient été retirés du crâne. L'autopsie semble prouver qu'il y avait dans son dire au moins beaucoup d'exagération, car on n'apercevait nulle part de perte de substance.

La nature de la plaie du crâne et surtout son mode de réunion offrent des particularités fort curieuses et fort intéressantes pour l'art. Si cette tête est déposée, comme on l'assure, au musée Dupuytren, ce sera une des pièces les plus importantes de cette précieuse collection.

La phrénologie n'aura pas autant à se féliciter que la chirurgie. Le crâne de Fieschi est à peu près complétement insignifiant. Les plus intrépides commentateurs y trouveront difficilement de quoi échafauder quelques conjectures. Quelque opinion qu'on se fasse du moral de cet homme, on ne peut nier qu'il ne fût d'une trempe peu ordinaire. L'exécution de son crime suppose déjà une force de volonté et une énergie peu communes ; sa tenue pendant sa maladie et pendant le procès, et enfin sa fermeté à l'échafaud, ont manifesté en lui une vigueur de caractère à toute épreuve. De l'ensemble de sa conduite pendant six mois et jusqu'au moment où sa tête est tombée, de tout ce qu'il a fait et tout ce qu'il a dit, il en est résulté pour tout le monde l'idée d'un esprit emporté, sensible, indomptable, susceptible des entraînemens les plus opposés, éminemment dominé par le besoin d'action et par un sentiment très-prononcé de personnalité, auquel il pouvait sacrifier la vie des autres aussi bien que la sienne, suivant les circonstances ; capable de tout entreprendre et de tout exécuter, en bien ou en mal, pourvu qu'il y eut au bout de l'action quelque chose qui chatouillât sa vanité. Préoccupé avant tout de son importance personnelle, et ayant la conscience de l'énergie et de la détermination qu'il pouvait déployer au besoin, il ne prise guère dans les autres que la force de la volonté, et traite de lâchetés les hésitations de Pépin. Les hommes doués de forces physiques, aiment assez à en faire parade ; il en est souvent de même des caractères énergiques. Fieschi se pose avec ostentation sur le terrible piédestal qu'il s'est élevé, et semble dire aux hommes épouvantés qui le regardent : qui d'entre vous en eût fait autant ? Ce n'est pas du crime qu'il se vante, car il s'avoue coupable et plaint les victimes, mais de l'irrésistible résolution qu'il suppose. Telle est la supériorité qu'il s'arroge et dont il est fier. Que sa tête tombe, c'est bien, mais qu'on lui rende cette justice qu'il a bravement conduit, et exécuté son entreprise. Lui-même eût préféré mieux employer son courage. Après la lâcheté, ce qu'il méprise le plus, c'est l'ingratitude ; et ce qu'il exalte le plus après le courage, c'est le dévouement, la reconnaissance. Sa vie est pleine de beaux traits de ce genre : à Embrun il éteint, au péril de sa vie, un incendie qui pouvait ouvrir la porte aux prisonniers ; à Paris, il se fait le bouclier d'un bienfaiteur contre les balles. Il propose à un autre de le défaire de ses ennemis, s'il en a, car en offrant sa vie pour gage de son dévouement, il n'imagine pas qu'il puisse refuser celle des autres, s'il en est besoin. Il a la fidélité animale du chien qui se jette sur ceux que lui désigne son maître, et qui se noie ou se brûle avec lui s'il le faut. C'est là son point d'honneur, assez semblable à celui de ces *bravi* italiens du 16e siècle qui gagnaient leur vie à tuer pour le service des grands, et qui se laissaient pendre sans rien révéler.

D'autres élémens de ce caractère singulier et bizarre peuvent être rapportés à l'influence de la race. Ses paroles trahissent l'imagination et la vivacité italiennes. La constance avec laquelle il garde pendant quarante jours son secret sur son lit de mort, est tout à fait dans les mœurs corses. Plus tard, l'hypocrisie profonde avec laquelle il cherche à colorer par un prétendu sentiment de véracité et de patriotisme des aveux arrachés en réalité par l'espoir d'une commutation de peine, et l'apparence de naïveté avec laquelle il soutient ce rôle, fait le plus grand honneur à son talent pour cette espèce de fourberie qui a caractérisé longtemps la politique de sa nation, et dans laquelle les Italiens en général excellent, dans les grandes comme dans les petites affaires. Il y avait en lui de l'intrigant, du charlatan, du comédien et du brigand, c'est-à-dire qu'il offrait un résumé assez complet des mauvais côtés du caractère italien. Il y joignait la violence des passions, qui, bien ou mal dirigées, sont le principe de toutes les grandes décisions et de tous les grands résultats dans la vie des hommes, et qui ont fait des Italiens le premier des peuples. Enfin, dans un coin de ce cœur de fer, il y avait un reste de sensibilité humaine, un foyer d'émotions douces et sympathiques qui, mêlées aux penchans les plus redoutables, ont jeté quelque intérêt sur le dernier acte de la vie de ce malheureux.

Cette physionomie morale, réduite ici à ses traits les plus saillans, méritait bien d'être exprimée par quelques-uns de ces signes extérieurs dont parle la phrénologie. Une nature si énergiquement dessinée réclamait, ce me semble, un développement prononcé du cerveau au moins sur quelques points. Mais, autant que la rapidité de nos observations nous a permis de nous en assurer, ce sera encore ici pour la phrénologie un de ces cas *exceptionnels* qu'elle laisse prudemment dans l'ombre. Mais pour nous, à qui il importe fort peu que Gall ait raison ou tort, et qui aimons à vérifier les systèmes qu'on propose à notre admiration, ces cas

exceptionnels nous paraissent très-dignes d'être relatés et examinés, et avec d'autant plus de raison que, depuis que nous avons commencé nos investigations phrénologiques, nous n'avons guère rencontré que de ceux-là.

Ce résultat n'a rien d'extraordinaire. Il est tout simple que la nature ne s'astreigne pas à couler des têtes de scélérats ou de grands hommes dans les moules phrénologiques. Ce qui est bien moins concevable, c'est que les phrénologistes admettent les faits et en rejettent les conséquences les plus naturelles et les plus légitimes. Notre science, disent-ils, est une science de faits. Nous ne procédons pas par la spéculation, mais par l'observation. Or, nous disons qu'en fait, n'importe le pourquoi et le comment, toutes les facultés, qualités et tendances, soit affectives, soit intellectuelles des hommes, sont attachées matériellement et individuellement à un égal nombre de portions de la substance cérébrale, parfaitement distinctes les unes des autres, ayant chacune sa fonction spéciale, et que nous désignons en conséquence par le terme général d'*organes cérébraux;* de même que nous appelons *organes des sens,* les cinq appareils destinés à nous révéler l'existence et les propriétés diverses des corps. On voit par l'*œil*, on entend par l'*oreille*; sans l'œil on n'y verrait pas, sans l'oreille on n'entendrait pas. Sans l'organe pas de fonction et la fonction implique l'organe. Il en est de même pour les phénomènes intellectuels et moraux, qui, étant des fonctions, supposent des organes appropriés. Ici encore l'organe et la fonction s'impliquent réciproquement; l'un ne se conçoit pas sans l'autre. Il n'est pas moins évident que des fonctions différentes supposent des organes différens, et que l'amour et la haine, par exemple, ne peuvent pas plus se suppléer que la vue et l'ouïe; donc, pluralité d'organes puisqu'il y a pluralité de fonctions.

Le crâne étant le relief exact du cerveau, on peut étudier sur le premier les variétés de forme et de dimensions relatives du second. Or, en observant des milliers de crânes d'hommes et d'animaux, nous avons vu qu'à ces variétés de forme et de volume correspondaient des différences dans la nature et l'énergie des facultés. De là la découverte des organes cérébraux, la détermination des fonctions spéciales qu'il remplissent, etc..., etc... Telle est notre science, elle n'est que l'expression des faits recueillis par l'observation.

On ne peut mieux parler certainement et pour être tout à fait raisonnables, les phrénologistes n'auraient qu'à appliquer ces raisonnemens avec un peu plus de rigueur et dire par exemple : Si l'observation montrait de petits esprits avec un vaste front, de grands esprits avec de petits fronts, le vol et la rapine avec des tempes déprimées, des tempes saillantes avec la probité: des sinciputs écrasés avec l'équité; la trahison et l'injustice avec des sinciputs pyramidaux; des tigres à temporaux enfoncés, des agneaux à temporaux saillans, des satyres à cervelet écrasé, des impuissans à nuque volumineuse; des béats à front de poisson, des athées à front recourbé; des mezzofanti à yeux creux; des muets à yeux saillans; si l'observation montrait la mansuétude sur la tête de Lacenaire, la religion et la vertu sur celle d'Avril, la nullité d'esprit et de caractère sur celle de Napoléon, la vocation d'un artisan sur celle de Descartes, les instincts des voleurs, des assassins, des faussaires et des traîtres, sur celle de Scipion l'Africain, etc., il faudrait conclure en vertu des faits et de l'observation que les déterminations des organes cérébraux et de leurs fonctions, telles que la phrénologie les donne, sont complétement erronées, que loin d'être des faits ce sont de pures suppositions qui ne méritent pas plus de confiance que les décisions de l'astrologie et les cures de la médecine homœopathique.

Eh bien! les phrénologistes ont vu ou peuvent voir tous les jours ces démentis donnés par la nature à leurs classifications; quand ils ne les voient pas eux-mêmes nous les leur montrons, et ils n'en continuent pas moins à croire, sans voir et sans toucher, à la manière des catholiques orthodoxes, ce qui ne les empêche pas en outre de poursuivre ce qu'ils appellent leurs observations et leurs expériences. Mais qu'en veulent-ils donc faire, grand Dieu? O curieuse organisation de l'esprit humain, que de mystères tu nous caches! Qui nous dira dans quelle case du cerveau se loge l'esprit de système, et par quelle fine opération nerveuse un être doué du logos peut concevoir clairement les deux prémisses régulières d'un syllogisme, sans admettre la conclusion?

Mais revenons à Fieschi.

Sa tête disons-nous, est tout à fait insignifiante sous le rapport phrénologique; son volume absolu est des plus ordinaires, et ses proportions relatives n'offrent rien de prononcé ni de saillant. Le front est des plus nuls; les diamètres latéraux très-courts; il n'y a qu'une portion du crâne qui s'élève d'une manière un peu sensible, c'est celle qui, dans la topographie phrénologique, répond à l'*habitativité* et à la *philogéniture.* On en fera ce qu'on voudra. Les organes prétendus de l'*orgueil* et de la *vanité,* deux facultés tout-à-fait distinctes selon cette profonde psychologie, n'offrent aucune proéminence appréciable. Fieschi était cependant abondamment pourvu de cette propriété morale, double ou simple, n'importe : c'était là sans doute la maîtresse roue de la machine. Nous avons pris soigneusement les dimensions exactes de cette tête, et de quelque manière que nous les combinions, nous ne pouvons rien faire sortir de bon pour la phrénologie. Nous ne les transcrivons pas pour ne pas trop ennuyer nos lecteurs.

La physionomie de Fieschi était repoussante; il n'y avait pas trace de ces lignes énergiques et souvent nobles qu'on rencontre dans les têtes des brigands Romains. Elle est du type le plus vulgaire.

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

FÉVRIER 1836.

N° 7. — 13 FÉVRIER.

Note sur les cathéters, les sondes, et sur le cathétérisme simple ; par M. VIDAL (DE CASSIS.)

C'est pour me rendre au vœu exprimé par quelques souscripteurs du *Journal hebdomadaire* que je livre à l'impression cette note extraite d'un ouvrage inédit. On a pensé qu'un article sur les sondes et le cathétérisme simple formerait un complément utile à mon travail sur la méthode adoptée par M. Mayor. Que ceux qui verront ici un superflu ne m'accusent pas, car je ne fais qu'obéir. Et d'ailleurs, quand on revient si souvent sur des théories mille fois anéanties et mille fois renouvelées, ne pardonnera-t-on pas à un chirurgien qui rappelle des détails de pratique si utiles?

Croit-on que des articles sur l'auscultation, sur l'application du spéculum seraient toujours déplacés dans un écrit périodique? Il y a progrès dans ces moyens de diagnostic ; il faut donc souvent les mettre au jour. Le cathétérisme est d'une bien plus grande importance ; car il ne constitue pas seulement un précieux moyen de diagnostic, mais encore un puissant agent thérapeutique.

Combien compte-t-on de chirurgiens qui exécutent parfaitement le cathétérisme? et quels sont les jeunes docteurs qui possèdent des notions bien exactes sur cette opération, que quelques-uns relègnent parmi celles qu'on appelle *petites,* comme s'il pouvait y avoir de petites opérations *chirurgicales!* Y en aurait-il, que celle-ci devrait ne pas en faire partie. Le praticien qui se représentera le tableau effrayant que lui offre le malheureux frappé d'une rétention d'urine complète et le spectacle si satisfaisant de celui qu'on vient de sonder avec succès, le praticien qui a pu en un instant changer de larmes de douleur en larmes de joie, me pardondera les détails qui vont suivre.

D'ailleurs, j'ai tracé des règles sur la confection des nouvelles sondes élastiques, qui ne sont, certes, pas parvenues à la connaissance des praticiens qui ne sont pas en rapport avec les divers fabricans d'instrumens de chirurgie.

Les instrumens qui servent au cathétérisme, proprement dit, sont des tiges dont la longueur et les diamètres doivent être en rapport avec les dimensions de l'urètre. Quand ces instrumens sont pleins, on les appelle *cathéter;* ils sont *canelés* ou non, et sont surtout employés pour diriger les instrumens qui servent à pratiquer la *taille.* Les sondes ou algalies sont creuses, *canulées.* La longueur de celles-ci a varié : les anciens en employaient de trois espèces. Les plus longues, pour les hommes, avaient quinze travers de doigt ; les moyennes, douze, et les plus courtes, neuf. Pour les femmes, les plus longues avaient neuf travers de doigt, les plus courtes, six. Chez l'homme, l'urètre n'a, comme nous l'avons déjà dit, que 6 à 8 pouces de longueur; il faut donc que les sondes soient confectionnées d'après cette donnée anatomique. Or, celles dont on se sert généralement sont trop longues au moins d'un cinquième. De là plusieurs inconvéniens. D'abord, si on les laisse dans la vessie, le bec agit sur les parois de l'organe, l'ulcère, le perfore même, les yeux étant trop relevés. la vessie n'est pas vidée en entier : et, d'ailleurs, il est toujours plus difficile de manœuvrer avec une longue sonde.

Cependant, dans certaines maladies de la prostate, il est des cas, rares à la vérité, qui nécessitent l'emploi d'une très-longue sonde. Les diamètres de cet instrument varient depuis une ligne jusqu'à deux lignes et demie. Chaque degré est désigné par un numéro.

Les sondes sont ordinairement parfaitement cylindriques ; il en est cependant de plus ou moins coniques, celles, par exemple, qui servent au cathétérisme forcé. Levret voulait se servir de sondes plates pour sonder les femmes qui avaient l'urètre comprimé par un déplacement de la matrice; mais il a été reconnu que cette innovation n'était pas heureuse; car, dans les cas que suppose Levret, il est toujours possible d'introduire une sonde cylindrique d'un petit diamètre.

Il y a des sondes droites et de courbes ; celles-ci sont les plus usitées. Depuis une légère inflexion jusqu'à l'arc le plus prononcé, toutes les courbures ont été es-

sayées. Les sondes de femme pourraient se passer de courbure. On leur en donne une cependant, mais très-peu prononcée. Les anciens ne l'augmentaient pas beaucoup plus pour les algalies des hommes. (*Voyez* Fabrice de Hilden, chap. 3, pag. 711; et les planches que Paré a fait graver dans son dix-septième livre, pag. 400).

M. Larrey et quelques autres praticiens ont adopté le même système. M. Leroy ne courbe que le cinquième de la plupart de ses sondes : cette forme favorise mieux l'exploration du bas-fond de la vessie. Selon Chopart, la courbure doit occuper le tiers de la sonde, et représenter le segment d'un cercle de six pouces de diamètre. Quand l'urètre est libre, et que la prostate n'est pas gonflée, dans l'état tout à fait normal enfin, on parvient dans la vessie, quelle que soit la courbure de la sonde. Mais, s'il y a changement dans le rapport et la direction de l'urètre, il est important d'avoir des sondes dont la configuration se prête à ces cas particuliers. Eh bien! en général, on réussit alors avec des sondes, ou tout à fait droites ou fortement courbées, mais plutôt avec celles-ci.

Selon moi, la courbure de la sonde doit être telle, que l'axe du *bec* décrive un angle droit avec une ligne fictive qui continuerait, du bas, la partie droite de la sonde.

Les sondes droites sont surtout connues depuis les recherches de M. Amussat sur la direction de l'urètre. Il est vrai que Chopart avait dit : les sondes sont *droites ou courbes*. (Tome 2, page 211). Il n'était pas échappé à la sagacité de notre grand physiologiste, M. Magendie, qu'on pourrait sonder les hommes avec des sondes de femme. (Montagut, thèse de la Faculté de Paris, 9 avril 1820.) Lieutaud avait bien assuré que l'on pouvait *toujours parvenir* à la vessie avec une sonde droite. (*Traité de Médecine pratique*, tome 1, page 581). Rameau n'était pas éloigné de cette opinion. (*Réflexions anatomiques*, etc., Amsterdam, 1729.) On a même voulu trouver des sondes droites, dessinées dans Albucasis. (Chap. 58, pag. 277.) Un auteur italien en a représenté aussi de parfaitement droites. Mais il n'est pas moins vrai que, sans les travaux de M. Amussat, nous ne saurions à quoi nous en tenir sur cette forme de sondes, et il est probable que la lithotritie n'eût pas fait, de nos jours, de si rapides progrès.

Au lieu d'une, J.-L. Petit voulait deux courbures, afin que la sonde pût mieux s'accommoder aux inflexions de l'urètre; mais cette idée, qui n'appartenait pas même à Petit, n'a pas été heureuse.

La sonde a deux extrémités : une, qui est dirigée vers la vessie, c'est le *bec*, l'*extrémité vésicale* ou *interne;* l'extrémité opposée est plus évasée, c'est le *pavillon* : pour le cathéter, cette extrémité est représentée par une platine. L'extrémité *interne* des sondes a beaucoup varié : car c'est là qu'il fallait ouvrir un passage aux urines ou aux liquides injectés. Il convenait que l'ouverture ou les ouvertures fussent assez larges pous ne pas se laisser obstruer trop facilement; il fallait, en même temps éviter d'excorier l'urètre, et ne pas trop affaiblir cette partie de la sonde en enlevant trop de ses parois. On avait pratiqué d'abord des fentes sur les côtés (1); mais elles offraient un des inconvéniens signalés, car elles offensaient l'urètre. J.-L. Petit revint alors à l'idée de Franco (2), et cela sans le citer; il fit pratiquer une ouverture circulaire tout à fait à l'extrémité de la sonde. Cette espèce d'œil était fermé par un stylet à bouton. Garangeot, Lachau et autres ont cherché à modifier le premier instrument de Franco ou de Petit, avec aussi peu de bonheur que ces grands chirurgiens. Voici le système le plus généralement adopté. Le *bec* est entièrement fermé à son extrémité; mais, sur les côtés, il existe des ouvertures elliptiques qui sont pratiquées à des hauteurs différentes. Le bord de ces ouvertures doit être arrondi avec le plus grand soin; car, sans cela, il pourrait blesser l'urètre, surtout si la sonde n'était pas convenablement graissée. Une tige de baleine ou un stylet très-délié sont logés dans la sonde pour la désobstruer; mais ces moyens remplissent mal leur but : on y parvient plus sûrement par une ou plusieurs injections. Si quelques praticiens ont conseillé de ne faire qu'un œil aux sondes, d'autres ont voulu au contraire qu'elles fussent terminées par une extrémité légèrement renflée et percée en arrosoir. L'intention de ceux-ci serait d'affaiblir le choc du liquide en multipliant ses issues. Je pense qu'avec une sonde ordinaire, on peut injecter la vessie sans inconvénient; il n'y a qu'à modérer la force d'impulsion si l'on craint le choc du liquide.

L'extrémité ou le pavillon des sondes a moins varié que le *bec*. Il est plus ou moins évasé et ouvert; il en est qui représentent un robinet, que l'on ouvre seulement quand on veut évacuer l'urine.

Les sondes de M. Amussat offrent cette particularité de plus : au lieu de n'avoir qu'un anneau sur chaque côté, elles en portent deux. Les anciens préféraient aussi un système analogue : c'était un *S* couché sur chaque côté du pavillon, ce qui représentait une plaque qui indiquait assez bien les diverses inclinaisons de la sonde, et multipliaient en même temps les moyens de la fixer.

Presque tous les métaux ont été employés à la fabrication des sondes, mais, en leur donnant une qualité souvent indispensable, ils les rendaient inflexibles. De là plusieurs inconvéniens, qui se manifestent surtout, quand on veut les laisser à demeure. Il fallait donc trouver des sondes flexibles. On employa celle de cornes, que Tollet dit nous être venues de Marseille, et dont l'invention est attribuée à Fabrice D'Aquapendente; ces sondes étaient trop raides encore, et s'incrustaient trop facilement. Vanhelmont voulait qu'on employât le cuir dans leur fabrication; il est douteux que l'idée de ce médecin ait été mise à exécution (3).

Je ne pourrais dire si on connaît l'auteur des sondes élastiques, construites avec un fil d'argent applati et tourné en spirale. Roncalus s'en attribua l'invention,

(1) Garangeot, *Traité des Inst. de Chirurgie*, t. I, p. 361.

(2) *Voyez* la figure qui représente cette sonde. (*Traité des Hernies*, p. 115.)

(3) De lithiasi, c. 7, pag. 67.

et voulut faire disparaître les imperfections qu'elles présentaient, en les recouvrant d'une forte étoffe de soie collée avec un mélange de cire et de résine. Mais les sondes de Roncalus ne valent pas celles qu'employait le praticien dont parle Sabatier. Après avoir couvert le spirale d'argent d'un parchemin qu'il faisait adhérer avec la colle forte, il tournait par dessus un fil de soie non torse, qu'il maintenait avec de la cire fondue, ensuite il plongeait la sonde dans l'emplâtre de Nuremberg liquifié, la laissait sécher et l'égalisait en la roulant entre les doigts.

Telles étaient les sondes flexibles dont on se servait avant l'heureuse invention des sondes, dites de gomme élastique ou de caoutchouc. Déjà Macquer était parvenu à dissoudre cette substance au moyen de l'éther; il conçut alors l'idée d'en faire des sondes (1); mais il paraît que ce procédé ne fut pas suivi, et que Macquer lui-même ne fit point fabriquer ses sondes; c'est l'orfèvre Bernard qui, ayant bien étudié les propriétés du caoutchouc, imagina un procédé au moyen duquel il lui était possible de donner différentes formes à cette gomme, en faire des enduits sur du taffetas, sur des tissus de soie, de poil de chèvre, afin de fabriquer certains instrumens de chirurgie. Les premières sondes de Bernard avaient encore pour charpente le fil d'argent tourné en spirale; mais cet habile artiste adopta bientôt un meilleur système, et il supprima tout emploi de matériaux métalliques. Une tresse, un tissu de soie ou de poil de chèvre très-fin, voilà le seul appui qu'il donnait à la gomme élastique. Cependant Bernard devait faire usage d'autres substances; et même il est à présumer qu'il n'employait le caoutchouc que dans de très-petites proportions; sans cela, ses sondes eussent été moins flexibles, et elles se seraient plus facilement éraillées. Quand le tissu qui fait la charpente de la sonde a été brulée, cet instrument se brise facilement. M. Dupuytren a observé cinq cas de rupture de sonde élastique, et il a été obligé de pratiquer la taille chez quatre de ces malades. Béclard s'est trouvé une fois dans la même nécessité (2).

Mais tous les jours on perfectionne les sondes, et on est parvenu à en obtenir d'excellentes. On les appelle toujours sondes de gomme élastique, de caoutchouc; et cependant, il faut le dire, cette substance n'entre pour rien dans la fabrication de ces instrumens. Quelques fabricans l'essayent encore dans de faibles proportions; mais il est reconnu qu'alors les sondes sont plus dures, plus difficiles à polir et plus promptes à se gercer. La véritable pâte des sondes c'est l'huile siccative; il en est qui ne contiennent aucune autre substance. Et, pour le dire en passant, les bouts de sein, les canules, les pessaires et presque tous les instrumens élastiques, qu'on croit être composés avec le caoutchouc, ne sont formés que par l'huile en question. Pour les sondes, il y a un inconvénient à n'employer que cette seule substance; car elle ne résiste pas assez à l'action de l'urine: il vaut mieux la combiner avec certaines résines. On obtient alors des sondes d'un poli parfait. Le copal, la térébenthine réussissent le mieux. C'est en expérimentant avec ces dernières substances et d'autres, que M. Depruneau est parvenu à découvrir les procédés de presque tous les fabricans: car on saura que chaque fabricant a son procédé, qu'il cache comme un secret. M. Depruneau a employé le goudron avec le plus grand avantage; mais il vient de l'abandonner pour une combinaison qui donnera, selon lui, des résultats beaucoup plus satisfaisans.

Cet auteur fera connaître cette combinaison, quand ses expériences seront achevées. Je lui dois quelques détails sur la manutention; le lecteur les trouvera peut-être assez utiles pour s'y arrêter un instant.

On couvre d'abord un mandrin d'un tissu tressé, soit à la main ou à la mécanique: on passe ce tissu sous un rouleau pour en faire disparaître les inégalités. Puis, les extrémités sont fermées avec une ligature ou de la colle, afin de former l'extrémité du *bec*. Il faut alors appliquer une couche de la composition adoptée: le tout exposé à l'étuve, dont la température ne doit pas être trop élevée. Lorsque cette première couche est sèche, on en passe une seconde, puis une troisième, jusqu'à ce que le tissu soit couvert. Avec une pierre-ponce, il faut enlever les filamens et les inégalités. Ce premier poli donné, on applique de nouvelles couches; on revient à la pierre-ponce, puis encore au vernis, jusqu'à ce que la sonde ait assez d'épaisseur et de consistance pour que le cylindre ne s'affaisse pas lorsqu'on le courbe. Ce résultat obtenu, on laisse sécher; un dernier poli est donné avec la même pierre, qu'il faut ensuite remplacer par un charbon imbibé d'huile, et on termine avec un morceau de serge. Cette opération, qui paraît assez simple, exige cependant beaucoup de soins, car l'omission du moindre détail peut compromettre le résultat.

Manière d'introduire la sonde courbe.

Le malade est couché ou situé comme pour l'opération de la taille, ou bien debout et appuyé sur un meuble. Pour le dire en passant, la possibilité de sonder dans cette position, prouve qu'il n'est pas indispensable que, dans la position horizontale, le malade fléchisse les cuisses, et mette dans le relâchement les muscles de l'abdomen: je n'ai d'ailleurs jamais pu trouver la raison de ce dernier précepte. Quoi qu'il en soit, le chirurgien tient la verge entre les doigts annulaire et médius de la main gauche, l'index et le pouce de la même main et découvre le gland, qu'il fixe sur les côtés. Il prend la sonde avec le pouce et les deux premiers doigts de la main droite, et la présente de manière que le *bec* corresponde au méat, la *concavité* au pénis, et le *pavillon* sur un point plus ou moins élevé de la ligne blanche. On introduit l'algalie autant en l'enfonçant qu'en tirant la verge vers l'extrémité du pavillon de

(1) Voyez les Mémoires de l'Académie des sciences, an. 1768.

(2) Voyez le Rapport fait par M. Duval à la Société de la Faculté de Médecine, 29 juillet 1819.

la sonde. Mais une fois que le bec a atteint le bulbe, on doit nécessairement changer la direction de l'instrument. puisque celle de l'urètre change. Il faut alors exécuter le mouvement de bascule, ce qui se fait en éloignant le pavillon de la ligne blanche pour le porter entre les cuisses du malade.

Pendant que cette extrémité de la sonde décrit cet arc de cercle, l'extrémité interne parcourt celui qui est représenté par les portions membraneuses et prostatiques de l'urètre, et à l'extrémité duquel se trouve la vessie. On reconnaît que la sonde est parvenue dans ce réservoir par les mouvemens latéraux qu'on peut lui imprimer, et par la sortie de l'urine, si la vessie en contient.

Comme on le voit, il y a deux temps bien distincts pour exécuter le cathétérisme. Le premier, est le plus facile; car la sonde ne doit parcourir qu'un trajet droit, qui est représenté par les portions spongieuse et bulbeuse de l'urètre. Mais le difficile c'est de franchir la limite qui sépare cette dernière portion de la portion membraneuse. Là commence le deuxième temps. C'est pour l'exécuter que Ledran veut qu'on tire la verge sur la sonde, autant qu'on pousse celle-ci dans la verge. Il recommande que ces deux mouvemens soient exécutés avec un ensemble parfait. Ch. Bell agit bien plus sur la verge, puisqu'il veut qu'on imite les pêcheurs quand ils garnissent l'hameçon d'un ver. Je ne vois pas l'avantage qu'on se procure par de telles manœuvres, surtout pour le second temps. Au moment de se recourber, l'urètre traverse l'aponévrose moyenne du périnée; là elle est fixe, et les tractions sur la verge ne peuvent pas déplacer le canal pour le faire marcher vers le pavillon de la sonde. Si ces tractions pouvaient avoir un effet, se serait d'aplatir le canal, et, au lieu de faciliter le cathétérisme, on le rendrait plus difficile.

Je puis en dire autant de l'action du doigt introduit dans l'anus. Il est des praticiens qui employent ce moyen dès qu'ils éprouvent la moindre difficulté d'introduire la sonde. Eh bien! ce doigt comprime et déplace souvent l'urètre. Il vaut mieux, quand la sonde est parvenue au bulbe, laisser la verge libre, porter la main gauche sous les bourses, l'appliquer légèrement sur le périnée, tenir l'instrument entre l'index et le médius de la main droite renversée, le retirer de quelques lignes, puis, lui imprimer le mouvement de bascule avec tant de douceur, qu'il semble pénétrer par son propre poids, et tomber, pour ainsi dire, dans la vessie; si vous éprouvez une résistance, c'est que vous n'êtes pas dans la bonne voie; il faut retirer quelque peu l'instrument, et changer sa direction; mais ne forcez jamais.

La plupart des obstacles naturels se trouvent sur la ligne médiane de l'urètre et à la partie inférieure; ainsi on a d'abord à franchir le petit éperon qui termine la portion bulbeuse, puis vient le vérumontanum, ce qu'on a appelé la luette vésicale. Dans l'état sain, ces diverses saillies peuvent être assez prononcées pour entraver la marche de la sonde. C'est bien autre chose quand la prostatate est malade: nous en parlerons plus tard. Il faut donc, autant que possible, éloigner le bec de la sonde de la paroi inférieure de l'urètre. M. Amussat a eu raison de blâmer M. Blandin d'avoir conseillé de longer cette partie de l'urètre avec l'extrémité de l'instrument. Mais, en relevant trop le bec, on va le faire heurter contre le ligament sous-pubien. Si on incline le pavillon vers un des deux côtés de la ligne blanche, le bec se portera sur un des côtés du bulbe, et alors on rencontrera une résistance: c'est ce qui a lieu plus souvent qu'on ne pense; car, sur ce point, l'urètre est assez mobile. Aussi faut-il toujours avoir l'œil fixé sur le pavillon, qui ne devra jamais abandonner la direction de la ligne blanche; et, avec la main portée sous les bourses, on aura soin d'empêcher les déviations qui éloigneront la sonde de la ligne représentée par le raphé.

N° 8. — 20 FÉVRIER.

Observations de medecine pratique; par J-T. Mondière, D.-M.-P., médecin adjoint de l'hôpital de Loudun (Vienne), membre de plusieurs sociétés savantes.

Observationes sunt vera fundamenta ex quibus in arte medicâ veritates elici possunt, a dit Wepfer; et c'est, bien pénétré de toute l'importance de ce principe fondamental, que depuis que nous sommes livré à l'exercice de la médecine, nous avons recueilli avec le plus grand soin, tous les faits intéressans que nous a fournis notre pratique. Si chaque médecin agissait ainsi, il en retirerait d'abord pour lui un avantage immense, et il fournirait à d'autres les moyens d'arriver à la solution de nombreuses questions qui sont loin d'être complétement éclaircies. C'est dans ce but que nous avons déjà publié et que nous publions encore, aujourd'hui quelques faits de médecine pratique, nous proposant de faire connaître ainsi successivement ceux qui nous en paraîtront dignes. Par là nous paierons notre faible tribut à la science, à l'étude de laquelle tous nos instans sont depuis longtemps entièrement consacrés.

Pour celui qui connaît ce qu'est l'exercice de la médecine en province, il sera bien démontré que les faits que nous publierons auront plus pour but l'étude de la thérapeutique que celle de l'anatomie pathologique. Mais assez d'autres, placés dans des circonstances plus favorables que nous, cultivent avec fruit cette branche importante des connaissances médicales, et il est temps d'ailleurs de revenir, comme quelques bons esprits s'efforcent depuis quelque temps de le faire, à une étude plus exacte de la thérapeutique, et à l'appréciation plus juste et moins systématique de certains agens et moyens thérapeutiques sur l'action desquels il reste encore des doutes à éclaircir et des erreurs à redresser. C'est ce que nous nous sommes déjà efforcé de faire dans les divers mémoires que nous avons publiés jusqu'à ce jour, et que nous nous efforcerons de faire encore par la suite, dans les divers fascicules d'observations que nous publierons.

Comme nous l'avons déjà dit, notre but étant surtout l'étude de la thérapeutique, nous croirons utile de faire suivre chaque observation de l'examen des faits analogues que possède déjà la science, et de la comparaison des diverses méthodes de traitement employées dans chacun des cas pathologiques dont il sera question.

Anthrax. — Le 15 mars 1834, je fus appelé pour voir la nommée Chenu-Bois-l'Abeille qui, me dit-on, avait un abcès entre les deux épaules. Rendu auprès de la malade, j'appris huit ou dix jours auparavant qu'elle avait éprouvé dans le dos une vive démangeaison, qu'elle y avait porté la main et senti un petit bouton gros comme un pois : ce bouton écorché laissa suinter un liquide sanguinolent. Depuis ce moment la douleur augmenta tous les jours, le bouton prit du développement, et bientôt la malade perdit le sommeil et l'appétit, la fièvre survint. Ayant fait découvrir la malade, j'aperçus au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, une tumeur d'un rouge brun, proéminente et dont la base s'étendait jusque sur les apophyses épineuses des vertèbres. Cette tumeur pouvait avoir quatre pouces de diamètre, et dépassait le niveau de la peau, d'environ un pouce. La base en était rouge, dure, et le centre, d'un violet foncé, présentait un léger ramollissement et plusieurs petites ouvertures arrondies par où sortait un peu de sérosité. La douleur n'était pas bornée à la tumeur, mais s'irradiait vers le sacrum, et surtout en dehors vers l'épaule et l'aisselle, où existaient quelques ganglions lymphatiques engorgés. La malade avait de la fièvre, le teint jaune, la langue sale, pas d'appétit, beaucoup de soif, quelques envies de vomir, et n'avait pas joui d'un seul moment de calme, ni de sommeil, depuis le commencement de son affection. N'ayant pas sur moi les instrumens nécessaires, je me bornai à prescrire une tisane rafraîchissante, des lavemens émolliens, sur la tumeur, des cataplasmes de même nature, et un grain d'opium en deux pilules, remettant à faire au lendemain les incisions que je jugeais indispensables.

Le 16, la malade est dans le même état que la veille. Je la fais tenir par deux personnes vigoureuses, et pratique aussitôt une incision cruciale sur la tumeur, au moyen d'un bistouri large et convexe sur son tranchant. Cette incision dépasse de six lignes la base de la tumeur, et est portée jusqu'à près d'un pouce de profondeur. Elle donne issue à une assez grande quantité de sang noir, poisseux qui s'écoulait difficilement. Lorsque les lèvres des plaies furent ainsi un peu dégorgées, j'exerçai à la base des quatre lambeaux une pression assez forte qui fut plus douloureuse que les incisions, et il s'écoula du pus demi-solide, d'un blanc jaunâtre, comme caséeux et d'une odeur gangréneuse. La malade se sentit un peu soulagée. Je pansai à plat et recouvris la tumeur d'un cataplasme émollient ; même régime.

Le 17, la malade a un peu dormi ; la fièvre et la soif sont moins fortes, et les nausées ont disparu. La tumeur s'est affaissée, et la pression en fait sortir en plus grande quantité que la veille, un pus en tout semblable à celui dont j'ai parlé.

Sans décrire jour par jour la marche de cette maladie, il me suffira de dire que les pansemens furent renouvelés deux fois par jour, que le tissu cellulaire gangréné se détacha peu à peu, et que les extrémités seulement des quatre lambeaux se grangrénèrent. Je remplaçai les cataplasmes émolliens par des cataplasmes maturatifs, et plus tard j'eus recours au quinquina en poudre et en décoction sur la plaie. La guérison était complète au bout de trois semaines. Les cicatrices sont presque linéaires.

Il nous semble que la méthode que nous avons suivie dans ce cas, et qui est celle de Dupuytren, est préférable à celle du professeur Lallement, qui consiste à pratiquer une incision circulaire qui cerne la tumeur. Nous avons vu, en effet, dans l'observation qui nous est propre, que, bien que la maladie fut déjà fort avancée alors que nous pratiquâmes nos incisions, l'extrémité seule des lambeaux qui en résultent, tomba en gangrène, et que le reste des tissus revint à son état normal. Dans la méthode suivie par M. Lallement, au contraire, la portion de peau comprise dans l'aire de l'incision et tout le tissu cellulaire sous jacent tombent privés de vie et se mortifient. Dès lors il devient impossible, à moins que l'incision circulaire ne soit pratiquée dès le début de la maladie, de prévenir ces vastes et profondes destructions du tissu cellulaire qui, à la chute des escarres, laissent des plaies arrondies, d'une guérison difficile.

Nous n'oublierons jamais, sous ce rapport, un malade que nous avons eu occasion de voir à Laval, en 1822. Chez lui, le mal n'ayant point été combattu par les incisions, il en résulta une large escarre arrondie, une suppuration abondante et de longue durée qui le jeta dans le marasme ; et ce ne fut que trois mois après qu'il obtint une guérison, achetée par d'horribles souffrances.

Du reste, soit que l'on donne la préférence à l'incision circulaire, soit qu'on se décide pour les incisions cruciales multipliées, selon la grosseur de la tumeur et l'étendue du mal, toujours est-il qu'il faut se hâter de les pratiquer, car comme l'anthrax se développe principalement à la nuque et le long du rachis, il y aurait à craindre que l'inflammation se propageât, par contiguité de tissu, à la moelle épinière ou à ses enveloppes, ce qui donnerait lieu à des accidens plus graves que la maladie primitive, déjà si redoutable par elle-même. C'est ce qu'un de nos collègues et notre premier maître en l'art de guérir, a eu occasion d'observer ici il y a quelques années. Un anthrax énorme s'était développé à la nuque chez une personne déjà âgée et d'une constitution nerveuse. Cette maladie méconnue et par conséquent mal traitée par le médecin ordinaire qui ne s'est jamais occupé de chirurgie, avait déjà fait des progrès très-étendus. Plusieurs incisions furent néanmoins pratiquées, mais il était trop tard, car le malade succomba bientôt à des accidens nerveux et tétaniques.

Dans les cas de cette espèce, le collègue auquel nous devons le fait qui précède, ne se borne pas à inciser largement la tumeur, mais il cautérise encore les lambeaux et les parties mises à découvert par les incisions, au moyen d'une solution concentrée de nitrate d'argent

fondu. Il dit avoir constamment réussi, par ce moyen, à arrêter les progrès du mal. Mais nous pensons que les incisions plus ou moins multipliées sont la véritable cause de la cessation des accidens, et qu'on peut très-bien se dispenser de cette cautérisation, car elle n'est pratiquée, selon notre collègue, que dans le but de changer la nature de l'inflammation. Or, il nous semble qu'ici la gangrène n'a point, comme dans la pustule maligne, une cause ou une nature spéciale, et qu'elle est tout simplement le résultat d'un étranglement, qui cesse ainsi que son effet, aussitôt qu'on a opéré un large débridement.

Du reste, la cautérisation de l'anthrax a été longtemps regardée par les auteurs anciens et tout récemment encore par le docteur Carron (1) comme bien préférable à l'incision, dans l'idée que « le principe acrimonieux qui forme le tourbillon, frappe successivement de mort tout ce qui l'environne et qu'il est d'une nature septique » sans doute le médecin que nous venons de nommer a pu obtenir des résultats satisfaisans de l'usage de la pierre à cautère ; mais évidemment le caustique n'agit pas ici, comme il le prétend, en détruisant un prétendu principe délétère, ni en modifiant seulement la nature de l'inflammation, mais bien en faisant cesser l'étranglement des parties enflammées. Aussi, à moins qu'on n'ait affaire à des êtres pusillanimes, il faudra donner la préférence aux incisions comme moins douloureuses et plus promptes dans leur action. Il y a plus d'un siècle déjà que Dionis les regardait comme indispensables est préférables à tout autre moyen. « Nous en avons, dit-il, un exemple mémorable en la personne du roi : il eut un anthrax à la nuque, en l'année 1697; et comme aux personnes de ce rang, on tâche de ménager les incisions, on les différa le plus qu'on pût, mais les bourbillons qui se détachaient du fond, ne pouvaient sortir par les petits trous ouverts, on fut obligé de faire les incisions, ce qui réussit heureusement. Je ne vous rapporte ce fait que pour vous faire voir *qu'on ne peut pas guérir un anthrax sans incision* » (2).

Toutefois, assez récemment, un chirurgien distingué n'a pas craint de s'élever contre cette méthode des incisions qu'il regarde comme une opération aussi cruelle qu'insignifiante, dans le plus grand nombre des cas. Depuis trois ou quatre ans, dit M. Janson (3), je l'ai complétement abandonnée pour m'en tenir à l'application de quelques sangsues, dès les début, ainsi qu'aux topiques émolliens et au régime approprié à toutes les inflammations. » Nous regrettons sincèrement que ce praticien célèbre n'ait pas rapporté quelques faits à l'appui du traitement qu'il préconise d'une manière si générale. Loin de nous la pensée de vouloir récuser un fait avancé par un homme aussi honorablement connu dans la science, mais nous devons à la vérité de dire que, vainement nous avons essayé dans plusieurs occasions de faire avorter de simples furoncles par l'application des sangsues, secondée de l'emploi des autres moyens antiphlogistiques.

Brûlure ; emploi du coton écru.

La fille de madame Rousseau, tenant l'Hôtel de France, âgée de cinq à six ans, jouant devant une cheminée où il y avait beaucoup de feu, tomba de manière à ce que la main gauche se trouva dans les flammes, et que la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras appuya sur le garde-cendre fortement échauffé. Il en résulta une brûlure étendue. Elle était au troisième degré à l'avant-bras, et au second seulement à la main et entre les doigts. Appelé presque aussitôt, je trouvai la petite malade en proie à des vives souffrances. Je donnai issue à la sérosité renfermée sous l'épiderme soulevé, et recourus de suite à l'emploi du coton écru. A peine eus-je recouvert de ce corps toute la main et la partie inférieure de l'avant-bras, que les douleurs cessèrent presque aussitôt, et la petite malade recouvra toute sa gaîté. J'eus le soin de mettre du coton entre les doigts pour prévenir toute adhérence entre ces parties. Au bout de trois semaines la guérison était complète, sans qu'il eut été besoin de toucher à l'appareil, que pour donner issue à la suppuration formée à l'avant-bras et entre les doigts, et recouvrir de nouveau coton les couches salies par ce liquide. Pendant tout cet temps la petite malade n'a pas éprouvé la plus légère douleur, ni cessé d'aller à l'école et de se livrer aux jeux de son âge. De plus non-seulement la guérison a été prompte, mais encore complétement exempte de difformité ; en effet, l'épiderme qui d'abord était rouge a peu à peu repris sa couleur naturelle, et aujourd'hui, après trois mois à peine écoulés, il serait difficile de reconnaître que la main a été le siége d'une brûlure.

Presque en même temps je donnai des soins à mademoiselle Lenormand, maîtresse de pension, qui s'était laissé tomber de l'eau bouillante sur la jambe. Il en résulte également chez elle une brûlure au second et au troisième degré. On se borne d'abord à appliquer de la pomme de terre rapée. Lorsque je fus appelé, je mis de suite en usage le coton écru. Les douleurs diminuèrent d'une manière notable ; mais la malade pour qui un semblable moyen était tout nouveau, n'ayant pas voulu en continuer l'emploi, j'eus recours au chlorure de chaux, d'après la méthode de M. Lisfranc. Mais les pansemens furent fort douloureux, la guérison plus tardive que dans le cas précédent, et la cicatrice irrégulière et très-apparente.

Les conclusions à tirer de ces deux faits que le hasard a offerts à notre observation presque dans le même moment, se présentent d'elles-mêmes à l'esprit. Il nous paraît évident, en effet, que si, chez notre première malade, il eût fallu, comme dans l'ancienne méthode, renouveler les pansemens tous les jours, nous aurions eu à craindre chez cet enfant et les résultats d'une irritation et d'une douleur vive sans cesse renouvelées par

(1) Recueil périodique, t. LXIX, p. 289.

(2) Cours d'opérations de chirurgie. Paris. 1765. In-8., p. 828

(3) Compte rendu de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pendant six année. Lyon, 1824. In-8., p. 42.

le contact de l'air et les suites d'une suppuration dès lors inévitable. Il nous eût fallu beaucoup de temps et de précautions pour introduire à chaque pansement, entre les doigts dénudés, des compresses enduites de cérat, tandis qu'une légère couche de coton, interposée dès le premier jour entre chacune de ces parties, a suffi pour empêcher toute adhérence entre elles et obtenir une guérison exempte de douleur et sans trace aucune, ce qui est de quelqu'importance ici à cause de l'âge et du sexe du sujet. Nous ferons remarquer que chez la malade en question, la durée du traitement a été presque moitié moins longue que chez celle traitée par le chlorure de chaux. Nous avons vu enfin que cette dernière méthode n'épargne pas les douleurs aux malades, puisqu'il faut assez souvent renouveler les compresses trouées et les diverses pièces de l'appareil, et par là exposer à l'action irritante de l'air le derme dénudé. Or, dans les brûlures un peu étendues, la douleur est souvent la seule cause de la mort, comme nous l'avons vu assez récemment encore chez la fille de M. Maugé, entrepreneur de bâtiment, auprès de laquelle nous fûmes appelé en consultation, mais trop tard pour pouvoir proposer l'emploi du coton. Au contraire, après avoir recouvert toutes les parties brûlées d'une couche assez épaisse de coton, maintenue par des compresses et quelques tours de bandes, on ne touche à l'appareil que dans le cas où il survient de la suppuration. Si elle est très-abondante, on écarte le coton pour lui donner issue, si elle l'est moins, on se borne à recouvrir d'une nouvelle couche de coton celle qui en est traversée, afin d'empêcher que le contact de l'air ne vicie ce liquide et lui communique des qualités irritantes. Lorsque la guérison est complète, le coton se détache de lui-même, et la peau, rouge d'abord, ne tarde pas à reprendre son aspect naturel, et le plus souvent sans offrir la plus légère trace de cicatrice.

Il y a quelques années, M. Jules Cloquet, alors chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, essaya de se servir, au lieu de coton, des poils qui accompagnent les fruits des *typha;* ses essais ont été couronnés d'un plein succès. Ce moyen, au reste, n'était pas nouveau. En effet, M. Vignal nous apprend, dans sa dissertation inaugurale (1), que l'emploi, aussi simple que facile de cet agent thérapeutique, comptait alors vingt années environ de nombreuses réussites, et cependant il n'en était pas moins resté enfoui dans un village du département de l'Aube, sans parvenir à la connaissance des personnes qui professent l'art de guérir. Ne voulant pas nous étendre davantage sur ce point, que nous n'avons rappelé ici que pour l'histoire de l'art, nous renverrons le lecteur curieux de connaître ces expériences à la dissertation de M. Vignal, qui, comme tant d'autres, mériterait d'être plus connue. Nous ajouterons seulement qus les poils du *typha* s'emploient de la même manière que le coton, et, qu'avant de les employer, il faut séparer les petits fruits les uns des autres, les agiter pour développer leurs soies, et obtenir un duvet aussi léger que possible.

(1) Essai sur la brûlure et son traitement par l'usage des poils de typha. Paris, 1833, n. 302, pag. 30.

Abcès à l'anus.

Dans la nuit du 21 au 22 septembre 1834, on vint me chercher pour le nommé Monnie, âgé de 35 ans, et demeurant au moulin de Ripaille. Je trouvai ce malade accusant de vives douleurs vers l'anus, où existait sur le côté gauche et jusque dans l'épaisseur de la fesse, un engorgement inflammatoire dur, fort douloureux et du volume d'un œuf de poule; il y avait de la fièvre, de la soif et des douleurs vives pour aller à la selle et pour uriner. Dans l'espérance, quoique peu fondée, d'empêcher cette tumeur de passer à l'état de suppuration, je pratiquai de suite une large saignée, fis appliquer vingt-cinq sangsues autour de l'engorgement, donner des demi-bains et des demi-lavemens émolliens, appliquer des cataplasmes de même nature, et donner des boissons rafraîchissantes: la diète absolue fut en outre prescrite. Le 23, il n'y avait aucun soulagement; les douleurs mêmes paraissaient plus vives, la tumeur s'était étendue, et l'engorgement se prolongeait jusqu'au périnée et sur l'autre fesse. Bien qu'alors la suppuration fût profonde encore et peu distincte, je fis sentir au malade la nécessité de pratiquer immédiatement une incision pour lui donner issue et arrêter les accidens. Il ne voulut jamais y consentir et je dus me borner à faire continuer les émolliens et à pratiquer le cathétérisme, devenu nécessaire pour la rétention d'urine, résultant de la compression de l'urètre vers le périnée. Je parvins assez facilement dans la vessie, et donnai issue à une pinte et demie d'urine environ. Je devais revoir le malade, le 24; mais il me fit dire qu'il était toujours dans le même état, et que ma visite devenait inutile. Le 25, pas de nouvelles. Le 26, on vint en toute hâte me chercher, parce que le malade, qui n'avait pu uriner depuis le 23, souffrait horriblement. Rendu auprès de lui, j'observai que la tumeur, dont j'ai parlé, avait augmenté de volume et d'étendue. En effet, elle avait la grosseur de deux poings, entourait exactement l'anus en forme de bourrelets saillans, et se prolongeait jusqu'au périnée et à la base de la verge. Sa couleur était violacée, et elle présentait une fluctuation très-apparente, surtout au côté gauche. Je pratiquai immédiatement à un pouce de l'anus, une longue incision parallèle à l'axe du corps, qui donna issue à plus d'une pinte de pus liquide, de couleur verdâtre, et d'une odeur tellement fétide que le père du malade se trouva mal, et que nous fûmes obligés de sortir un moment de la chambre. Je fis bientôt brûler du sucre et répandre du vinaigre; et je pansai le malade, après avoir introduit une mèche assez volumineuse dans l'ouverture que j'avais pratiquée. Le pus avait été à peine évacué, que le malade pût uriner, et il remplit deux vases de nuit. Peu de temps après, il fit plusieurs selles abondantes et très-fétides. Je l'avouerai, l'esprit frappé des désordres qui existaient, et effrayé des accidens graves qui, d'après les

auteurs, en sont la suite presque inévitable, je m'attendais à voir survenir une longue suppuration, le décollement du rectum, etc., etc. Eh bien! malgré l'accumulation de cette grande quantité de pus, l'énorme décollement des tégumens du pourtour de l'anus, l'empâtement considérable qui s'étendait au périnée et à la verge, il n'est survenu aucun accident, et le malade a complétement guéri dans le court espace de huit jours.

Bien que ce fait semble venir appuyer la doctrine professée par Pott (1) et par quelques chirurgiens du siècle dernier, qui voulaient que, dans les abcès de l'anus, on attendît la fonte des tissus, avant de donner issue au pus, nous n'avons point l'intention de le présenter comme devant servir de règle de conduite; bien plus, nous nous ferions un reproche si, dans des cas semblables, nous ne pratiquions pas, ou du moins, ne proposions pas de bonne heure au malade, une incision qui peut prévenir de graves accidens, s'il est vrai que les craintes des auteurs à ce sujet soient fondées. Toutefois, nous ne pouvons nous empêcher de consigner ici une remarque qui nous a été suggérée par plusieurs cas d'abcès qui se sont offerts à notre observation, à savoir, si, excepté quelques cas bien connus, où la suppuration, par son séjour, pourrait devenir nuisible, il ne conviendrait pas mieux d'abandonner les abcès à leur marche naturelle que de les ouvrir aussitôt que la fluctuation est apparente. Dans la pratique civile, il est souvent fort difficile de décider les personnes atteintes d'abcès à se laisser pratiquer une incision pour donner issue au pus, et souvent nous avons été refusé en pareil cas. Eh bien! dans tous les cas, il s'en est présenté à nous un assez grand nombre, pas un seul accident n'est survenu (2), et la guérison a eu lieu en quelques jours, après l'ouverture spontanée de l'abcès, ou son ouverture artificielle, alors que la tumeur était entièrement ramollie, et qu'il n'existait plus aucun engorgement à sa base. Nous nous attendions, les premières fois que nous avons été témoin de ce fait, à voir la peau, décollée et amincie dans une assez grande étendue, être longtemps à se recoller, et à voir survenir quelques-uns des accidens annoncés par les auteurs, plus, peut-être, s'il faut dire notre pensée, d'après la théorie que d'après l'expérience. Mais nos craintes ne se sont point réalisées. Toutefois, avant de se prononcer définitivement, il convient, ce nous semble, de faire des observations comparatives pour voir si la durée totale de la maladie, si les souffrances du malade offriront quelques différences en faveur de l'une ou l'autre méthode. C'est ce que nous avons entrepris; et nous nous proposons de faire connaître plus tard les résultats auxquels nous aura conduit l'expérience, seul guide du médecin.

(1) Traité de chirurgie, t. III, p. 314.

(2) Pour plus de précision, nous croyons devoir ajouter que, parmi les abcès dont nous voulons parler, il y en avait plusieurs des membres, deux dans l'épaisseur des joues, un dans le creux de l'aisselle, un des parois abdominales, etc., etc.

Anasarque active.

Le 17 mars 1833, je fus appelé pour voir un malade, à Saint-Clair, bourg situé à trois lieues de Loudun. Je trouvai une fille, âgée de 20 ans environ, petite, mais douée d'une forte constitution. Elle m'apprit que, depuis quatre ans, époque à laquelle parurent les règles pour la première fois, elle avait toujours été abondamment et régulièrement menstruée. Le 10 mars, après avoir été, pendant plus d'une heure, occupée à enlever le fumier d'une étable, elle s'exposa, toute couverte de sueur, à l'air froid du dehors. Aussitôt elle ressentit un violent frisson, et éprouva une forte céphalalgie, de la lassitude dans les membres, de l'anorexie et de la soif. La nuit, elle ne put goûter le moindre repos; et, le lendemain, on s'aperçut qu'elle avait toute la face œdématiée, elle éprouvait encore de la céphalalgie et de la soif; ses urines devinrent moins abondantes et plus épaisses; et bientôt l'œdème s'étendait au cou, à la poitrine, aux bras, au tronc, et enfin aux membres inférieurs. M. Mounereau, chirurgien à Moncontour, fut appelé, et se borna à prescrire un vésicatoire au bras gauche, des frictions sèches et une tisane d'orge et de chiendent, avec addition d'une assez forte dose de nitrate de potasse. L'état de la malade, loin de s'améliorer, devenant plus alarmant, je fus appelé. Le chirurgien étant absent, les renseignemens qui précèdent me furent donnés par la malade et ses parens.

Procédant ensuite à l'examen de cette fille, je la trouvai assise dans son lit, et ne pouvant rester couchée, même pendant quelques minutes, sans craindre d'être suffoquée. Tout le corps était énormément œdématié, la peau généralement rosée et chaude; la respiration était gênée au point que la malade semblait sur le point de suffoquer; il existait une toux, le plus ordinairement sèche et quelquefois suivie d'une expectoration sans caractère; les urines étaient rouges et déposaient un sédiment épais; la constipation était opiniâtre depuis plusieurs jours, la soif intense, la céphalalgie violente, le pouls fréquent, et les battemens de l'artère se faisaient fortement sentir, malgré l'infiltration du tissu cellulaire; quelques gouttes de sang s'étaient échappées des narines. Tous les organes, examinés successivement avec le plus grand soin, se montrèrent dans un état parfait d'intégrité, seulement je fus frappé de la force et de l'étendue des battemens du cœur. Je ne dois point omettre de dire que les règles avaient cessé de couler dix jours avant l'époque à laquelle la malade s'exposa au froid. Enfin, le doigt, fortement appuyé sur diverses parties du corps, déterminait avec peine une légère dépression de la peau, qui disparaissait aussitôt que le doigt était enlevé, et cette membrane reprenait instantanément sa coloration rouge.

A cet ensemble de symptômes je ne pus méconnaître une anasarque active; les indications thérapeutiques se présentèrent d'elles-mêmes. Je voulus immédiatement pratiquer une saignée; mais, malgré une assez forte constriction exercée, et à la partie inférieure du bras et à la partie supérieure de la jambe, il me fut impossible,

je ne dirai pas d'apercevoir, mais même de sentir la plus petite veine sur laquelle je pusse porter la lancette. Après des tentatives répétées pendant plus d'une demi-heure, je fus contraint de renoncer à la phlébotomie. Je me bornai donc à prescrire l'application immédiate de trente sangsues à la base de la poitrine, la diète absolue, l'usage abondant de boissons froides et acidulées (le chirurgien, qui avait précédé, avait au contraire expressément défendu de boire), auxquelles je fis ajouter quinze grains de nitrate de potasse par pinte : je donnai ce médicament, non comme diurétique, mais bien comme tempérant ; je prescrivis, en outre, des lavemens fréquens et faits avec une décoction de pariétaire.

Avant de me retirer, je recommandai bien aux parens de me donner des nouvelles de la malade dès le lendemain, étant dans l'intention de la saigner si les accidens continuaient, et si les veines devenaient apparentes par suite de l'amélioration que devaient apporter les sangsues. Mais, malgré cette recommandation, ce ne fut que trois jours après que je reçus des nouvelles de cette jeune fille. On avait ponctuellement exécuté ce que j'avais prescrit : les sangsues, qui prirent au nombre de 28, donnèrent lieu à un écoulement de sang très-abondant, et, à mesure qu'il se faisait, la malade se sentait soulagée. Bientôt la respiration devint plus facile, les urines augmentaient, l'anasarque diminua d'une manière progressive, mais avec rapidité ; et, lorsque je la revis, elle était, pour ainsi dire, revenue à son état normal. Cependant, comme il existait encore de la céphalalgie, sans que le pouls fût très-plein, je prescrivis 12 sangsues à l'anus, la continuation des lavemens et une alimentation légère. Quelques jours après cette jeune fille jouissait d'une santé aussi bonne qu'avant son accident.

L'anasarque active, sans être une maladie rare, n'est cependant pas non plus très-fréquemment observée, si l'on s'en rapporte du moins au petit nombre de faits publiés dans nos annales. Toutefois, ce n'est pas pour sa rareté que nous publions ici le fait que nous avons observé, mais bien pour montrer les résultats avantageux que l'on sera en droit d'attendre des saignées locales, dans des cas semblables, alors que la phlébotomie sera impraticable ; nous disons impraticable, car toutes les fois qu'il sera possible d'ouvrir la veine, on devra le faire de préférence, et répéter la saignée deux ou trois fois, jusqu'à ce que tous les symptômes graves aient disparu. Les faits d'anasarque active, que possède la science, démontrent assez leur grande efficacité. Tel est, entre autres, le cas suivant, qui a trop d'analogie avec le nôtre, pour que nous ne le tirions pas de l'oubli où semble le condamner l'ouvrage où il est consigné (1).

« Un noir, esclave, d'une constitution robuste, après un exercice forcé dans un temps très-chaud, but une grande quantité d'eau, et alla se reposer à l'ombre de bananiers, sous lesquels il s'endormit, étant en sueur. Quelques heures après, il se réveille transi de froid. Le soir, il se plaint de malaise et de lassitude dans tous les membres. La nuit, insomnie, frissonnemens continuels, soif très-grande : il boit de la limonade ; douleur et gonflement des extrémités inférieures. Le lendemain, il présente les symptômes suivans : fièvre légère, douleur de tête, enflure du visage, de la partie antérieure de la poitrine et des extrémités supérieures, ne retenant point l'impression du doigt ; urines rares et en petite quantité, ventre resserré. Le troisième jour, bouche sèche et mauvaise, grande difficulté de respirer (limonade avec addition de crême de tartre soluble, saignée copieuse) ; sommeil assez tranquille, la nuit suivante ; urines plus abondantes ; deux selles dans la journée. Le cinquième jour, nouvelle saignée, qui procure un grand soulagement. Le sixième jour, le gonflement diminue sensiblement. Le huitième, l'infiltration des jambes persiste encore. Du huitième au douzième jour, tous les symptômes disparaissent. »

Réfléchissant à l'analogie que quelques médecins ont cru reconnaître entre l'anasarque aiguë et l'endurcissement du tissu cellulaire des enfans nouveau-nés, analogie qui paraît assez fondée, d'après les causes, les symptômes et l'anatomie pathologique (1) de ces deux maladies, nous nous demandâmes si, dans le sclérôme commençant, alors que les désordres ne sont point encore portés trop loin, on ne pourrait pas espérer quelques succès des sangsues appliquées à la base de la poitrine. Déjà Paletta (2) avait conseillé les sangsues appliquées aux jambes, et paraît en avoir retiré de bons effets ; et la plupart des auteurs conseillent, alors qu'il y a des symptômes de pléthore, ce qui a presque constamment lieu, de délier le cordon ombilical, et de laisser couler une certaine quantité de sang. Frappé de cette analogie, et plus encore du peu de succès des divers traitemens préconisés contre cette affection, nous résolûmes de tenter l'emploi des sangsues, à la première occasion qui nous serait offerte.

Cette occasion s'est enfin présentée, il y a quelques mois ; et nous avons eu la satisfaction de voir notre tentative couronnée de succès.

Au mois de septembre dernier, madame M... accoucha heureusement d'une fille, après un travail de quelques heures (c'était son troisième accouchement). L'enfant

---

(1) Samson. L. P. Ch. Considérations générales sur les hydropisies, suivies d'observations particulières sur l'anasarque sthénique. Thèse, Paris, 1813, n. 156, 23 p. — Voyez des observations plus ou moins analogues dans Breschet, Recherches sur les hydropisies actives. Thèse, Paris, 1812. — Annali universali di medicina, 1828, t. XLVIII, p. 312. — Richard de Hautesierck, Observations de médecine, t. II, p. 420, 1772, in-4. — Journal de médecine pratique, in-4, 1808, p. 481. — Bibliothèque médicale, t. LXIX, p. 91. — Recueil périodique, t. LXVIII, p. 20.

(1) Voyez, sous ce dernier rapport, un fait remarquable, consigné dans le journal de Leroux, Boyer, Corvisart. t. XI, p. 503.

(2) Annali universali di medicina, novembre 1823, et Archives de médecine, t. V, p. 105.

paraît bien vivant et pousse des cris assez forts. Le même jour, et dans la soirée, la nourrice l'emporte chez elle, à une lieue de Loudun ; la température était alors froide et humide. A son arrivée, cette femme fut surprise de voir que l'enfant ne voulait pas prendre le sein, qu'il buvait avec peine, que son cri était faible, etc. Le lendemain matin, on vint me chercher en toute hâte, disant que cet enfant paraissait en danger pressant de mourir, qu'il respirait très-difficilement, et paraissait enflé. Je le trouvai dans un état d'œdématie générale, avec endurcissement du tissu cellulaire, coloration rosée de la peau, le cœur faisait à peine sentir ses contractions, la respiration était rare et très-faible, le pouls presque imperceptible, depuis plusieurs heures, il n'avait jeté aucun cri, etc. A ces symptômes, je me crus autorisé à reconnaître un sclérôme commençant, et je me décidai ensuite à faire appliquer quatre sangsues à la base de la poitrine. Après leur chute, la petite malade fut plongée dans un bain tiède pour faciliter l'écoulement du sang ; je fis ensuite recourir à des frictions sèches sur tout le corps. Bientôt les tissus se dégorgèrent ; à commencer par la partie antérieure du tronc, les tégumens perdirent leur aspect injecté, la respiration devint plus libre et plus fréquente, le pouls plus marqué, etc., tout enfin rentra dans l'ordre ; et, deux jours après, l'enfant était bien portant.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livré, après avoir recueilli cette observation, ne nous ont pas mis à même de découvrir si ce moyen a été employé par quelques médecins (1). Seulement nous l'avons trouvé vaguement indiqué dans un mémoire, présenté, en 1815, par le docteur Troccou, à la Société médicale d'émulation de Paris ; mais ce médecin ne paraît pas l'avoir mis en usage. Aussi, bien convaincu qu'en médecine surtout un seul fait ne suffit pas pour conduire à une conclusion rigoureuse, nous ne saurions trop engager les praticiens, placés sur un plus grand théâtre que nous, à l'expérimenter de nouveau.

Dans un prochain article, entièrement consacré à la thérapeutique, nous ferons connaître les résultats que nous avons obtenus de l'emploi d'un certain nombre d'agens pharmaceutiques, nouvellement découverts ou récemment tirés de l'oubli que quelques-uns ne méritaient pas. Ainsi, nous parlerons de l'iode et de ses préparations, de la codéine, du cyanure de potassium, de la strychnine, de la créosote, du narcisse des prés, etc. (2).

(1) Journal de Leroux, Boyer et Corvisart, t. XXXIV, p. 276.

(2) Je serai le premier à excuser M. Mondière, de n'avoir pas cité la thèse que j'ai soutenue au mois de janvier 1835 (*), et dont la *Gazette Médicale* a rendu compte à la fin du même mois. Ce mémoire n'a pas eu assez de publicité pour être connu même des praticiens qui, comme l'auteur de ce travail, cherchent le plus à se tenir au courant de tout ce qu'il y a de nouveau dans la science. Si je profite de la liberté que M. le rédacteur me donne d'ajouter une petite note à cette observation, ce n'est certainement pas pour réclamer une priorité dont je suis peu jaloux, mais pour rapprocher de ce fait intéressant ceux qui m'ont engagé à conseiller les émissions sanguines dans l'œdème des nouveaux nés. Ces faits sont en petit nombre ; quatre enfans seulement ont été soumis à ce traitement, deux ont guéri, un troisième est mort d'un érysipèle après avoir été délivré pendant huit jours de sa maladie ; un quatrième enfin est mort d'une pneumonie dont le début a été soigneusement noté et est survenue douze jours après l'entrée de l'enfant à l'hospice, et probablement un jour ou deux de plus après le début de l'œdème. Chez ce dernier enfant, quatre applications de sangsues furent faites, la première de deux, les suivantes d'une seulement. Après chaque application de sangsues l'état fut sensiblement amélioré, et après la dernière, on aurait eu peine à croire que l'enfant avait été malade, s'il n'était resté un très-léger œdème des membres, bien différent néanmoins de l'accumulation énorme de sérosité qui avait eu lieu dans toute l'étendue du tissu cellulaire. Ces faits m'avaient engagé à conclure, « *Que le traitement doit consister principalement en évacuations sanguines abondantes et continuées avec persévérance.* » Le cas recueilli par M. Mondière donne un nouveau poids à cette opinion. Quant aux motifs qui l'ont engagé à mettre ce traitement en usage, je ne saurais les partager. Je renvoie à ma thèse pour l'examen des raisons qui m'ont porté à croire que l'anasarque des enfans est *passive* et occasionnée par le trouble de la respiration et de la circulation. Je ferai seulement remarquer que dans l'observation de M. Mondière, la respiration est notée rare et faible et le pouls imperceptible ; il reconnaît lui-même qu'il y avait injection générale et sans aucun doute stase du sang ; enfin, il ne cite absolument aucun symptôme qui caractérise exactement l'anasarque active. Il est fâcheux qu'il n'ait point exposé d'autres symptômes essentiels, tels que le froid des tégumens, la nature du cri, etc. L'observation y aurait beaucoup gagné, et si, comme je n'en doute pas, il possède des renseignemens à cet égard, je crois qu'il rendra service à la science en les faisant connaître. Je ne terminerai pas sans faire remarquer cette circonstance capitale du transport de l'enfant à une assez grande distance, sous une température froide et humide ; la grande majorité des enfans *durs* observés à l'hospice est dans le même cas. Il n'en est pas de même des soins qu'on peut leur donner. L'enfant dont M. Mondière nous a donné l'histoire, étant entre les bras d'une nourrice dont les soins lui était entièrement consacrés, a pu jouir immédiatement du bénéfice du traitement. Aux enfans trouvés il n'en est pas ainsi, et l'on doit tenir compte de cette différence.

VALLEIX.

(*) Thèse de Paris. 1835. N 1. Asphyxie lente des nouveau-nés.

N° 9. — 27 FÉVRIER.

Du varicocèle et de son traitement curatif par l'étranglement des veines ; par M. DUFRESSE, D.-M.-P.

Les veines du scrotum et du cordon testiculaire peuvent se dilater et devenir variqueuses comme les veines des membres ; quelques auteurs ont voulu considérer ces deux affections à part, et appeler la première Varicocèle et la seconde Circocèle, mais la dilatation des veines du scrotum existe rarement seule, et lorsqu'elle est seule, elle cause si peu de gêne qu'elle mérite à peine le nom de maladie : il n'en est pas de même des veines

du cordon des vaisseaux spermatiques ; leur dilatation fréquente, cause divers accidens, et une incommodité telle que l'art a nécessairement dû chercher les moyens d'y remédier. Elle est souvent compliquée de la dilatation des veines du scrotum, c'est pour cela qu'on la désigne indifféremment du nom de *varicocèle* ou de *circocèle ;* la première dénomination est généralement consacrée, c'est aussi celle que nous adopterons.

Le varicocèle est une maladie très-commune, et qui devient plus fréquente de jour en jour ; je ne veux pas dire par là qu'elle se manifeste plus souvent qu'elle le faisait autrefois, mais seulement, qu'il y a un plus grand nombre de malades qui viennent réclamer les secours de l'art, depuis qu'il se répand dans le public, que la chirurgie possède dans son domaine plusieurs moyens propres à en obtenir la cure : l'observation démontre qu'elle existe presque toujours à gauche. Les quatre cas dont j'ai recueilli l'histoire dans le service de M. Velpeau, sont parfaitement d'accord avec l'observation. Ce professeur lui-même, dans sa longue pratique de la ville et des hôpitaux, ne l'a guère rencontré à droite. M. le docteur Renne rapporte, dans une note qu'il a publiée sur cette matière, que sur trois cents conscrits affectés de varicocèle, il ne l'a pas observé une seule fois du côté droit. La prédilection de cette maladie pour le côté gauche porte nécessairement l'esprit à en chercher la cause.

Existe-t-il à gauche quelque chose de spécial, qui puisse prédisposer les veines du cordon des vaisseaux spermatiques à se dilater ? ou qui puisse favoriser leur dilatation ? quelques observateurs ont pensé que l'*S* iliaque du colon étant souvent distendue par des matières stercorales dures, comprimait le cordon du côté gauche, et forçait le sang à stagner dans les veines du testicule, et par conséquent à les dilater. Mais on peut objecter qu'à gauche, le mésocolon iliaque est très-lâche, et qu'on a aussi à droite le cœcum, sous lequel passe le cordon droit, quoique cependant on y observe très-rarement le varicocèle; on a encore considéré comme cause de cette maladie la faiblesse des parties gauches relativement aux parties droites ; puis on a recherché parmi les professions s'il y en avait qui prédisposaient plus que d'autres au varicocèle ; on n'est arrivé à rien de précis à cet égard.

Puisqu'il n'est pas prouvé que la compression de l'*S* iliaque sur le cordon, que la faiblesse testiculaire des veines, que les tumeurs, que la compression à l'orifice externe du canal inguinal, au moyen des pelottes du bandage herniaire, aient une influence bien marquée sur le développement du varicocèle, puisque, dans la majorité des cas, ces causes ne préexistent pas à la maladie, il faut en conclure que souvent la cause qui y donne lieu est ignorée. Cependant les malades attribuent généralement leur affection à la constipation et aux efforts qu'ils font pour aller à la garde-robe, ou à d'autres efforts nécessités par leur état, ou à des excès de fatigue. On comprend très-bien ces raisons, lorsqu'il existe dans le ventre quelque tumeur destinée à s'y développer et à y séjourner pendant un temps assez long. Ainsi, on ne serait point étonné de trouver chez les femmes enceintes des varices dans les grandes lèvres. Chez un des malades, dont j'ai transcris l'observation, et qui a été guéri de varicocèle, mais qui a succombé plus tard, sous l'influence d'une tumeur énorme développée très-rapidement dans le ventre ; il est encore facile de comprendre qu'il n'était dû qu'à la présence de cette tumeur qui comprimait les veines du cordon d'une manière permanente. Si cette tumeur eût été apparente au moment de l'opération, chez ce malade comme chez un autre qui était dans les salles, affecté de varicocèle et de varices aux jambes, il n'eût point été opéré, parce que l'opération eût été considérée comme inutile, et que, pour le guérir, il eût fallu enlever la tumeur.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on rencontre plus souvent cette affection dans le jeune âge qu'aux autres époques de la vie; c'est de quinze à trente ans qu'on l'observe le plus fréquemment : il est très-rare de la trouver après cinquante ans. Il faut donc qu'elle guérisse spontanément, dit M. Velpeau, puisque, chez la plupart des individus qui en sont atteints, on ne cherche point à en obtenir la cure radicale, et que le plus souvent, d'ailleurs, on n'y fait rien. De cette observation, on pourrait conclure qu'il vaudrait mieux l'abandonner à la nature, comme on le fait ordinairement, que de chercher à la guérir par les moyens de l'art. On pourrait être conduit par le raisonnement au but où l'on était forcé de s'arrêter, faute d'avoir à sa disposition des moyens propres à agir convenablement.

Les symptômes par lesquels le varicocèle débute, ne sont pas ordinairement bien marqués à l'extérieur. Les individus se plaignent de maux de reins, qui suivent le trajet des vaisseaux spermatiques; ces douleurs augmentent sous l'influence de la fatigue, même légère, et des efforts qu'ils font pour uriner et pour aller à la garde-robe; elles existent d'une manière passagère, mais se renouvellent, et demeurent ainsi obscures pendant un certain temps, sans qu'il y ait rien de particulier à l'extérieur ; mais à une époque plus ou moins éloignée, les malades, en portant la main au siége de la douleur vers les bourses, y rencontrent une tumeur plus ou moins volumineuse. Cette tumeur a son siége au-dessus du testicule ; elle est noueuse, molle, inégale, elle part de l'épididyme, et s'étend plus ou moins haut, quelquefois jusqu'à l'anneau, et même au delà, jusque dans le canal inguinal ; elle augmente par la station debout, sous l'influence de la marche, des efforts pour soulever un fardeau, ou pour aller à la selle ; et alors elle devient douloureuse : elle diminue au contraire par la pression horizontale, et par le froid. Souvent, le testicule est mou et cède à la pression la plus légère, ce qui dépend évidemment de l'accumulation et de la stagnation du sang dans cet organe.

Le diagnostic du varicocèle n'est pas toujours facile au début de la maladie ; car il n'y a encore rien de bien apparent à l'extérieur ; et l'on pourrait croire que les douleurs, qui se manifestent dans la région du rein, dépendent d'une affection de cet organe. Lorsque la

tumeur existe à l'extérieur, elle est susceptible d'acquérir un volume plus ou moins considérable; et, suivant l'époque à laquelle on la considère, on peut la confondre avec les diverses maladies qui se montrent dans les bourses. Boyer cite l'observation d'un individu, chez lequel il reconnut un varicocèle, qui avait été pris, plusieurs années auparavant, pour une hernie, et pour lequel on lui avait recommandé de porter un bandage, ce qu'il avait fait. Pour ne pas s'exposer à de pareilles méprises, il faut bien se rappeler la manière dont le varicocèle débute, la marche qu'il suit, et les symptômes qu'il présente. Puis, on saisit le testicule, on le circonscrit, et on cherche à apprécier sa forme et son volume: on passe ensuite au cordon, on tâche de l'isoler, et de reconnaître les diverses parties qui le composent, et si elles sont dans leur état naturel, ou si quelques-unes d'entre elles sont altérées. Quel est le siége, quelle est la nature de cette altération? C'est ce qu'on parvient presque toujours à reconnaître avec un peu d'attention.

Le pronostic, dans la grande majorité des cas, n'a rien de grave; c'est une maladie qui ennuie et tourmente plus les personnes qui en sont affectées, qu'elle ne les met en danger. Cependant, dans quelques cas, rares à la vérité, le testicule s'atrophie, ou bien il se ramollit et se désorganise, et on est obligé de l'enlever, pour empêcher le mal de gagner l'intérieur de l'abdomen.

Elle est plus grave que les varices ordinaires qui affectent les membres; car on peut au moins obtenir la cure palliative de celles-ci par une compression méthodique, tandis que, pour le varicocèle, ce moyen ne peut pas être employé. On prescrit ordinairement aux malades de porter un suspensoir, pour soutenir les bourses, et pour empêcher les tiraillemens du cordon; mais ce suspensoir ne comprime rien, et gêne souvent par les frottemens qu'il fait éprouver aux parties.

Le traitement de cette affection, comme celui des varices, est palliatif ou curatif.

Le traitement palliatif consiste dans l'emploi du suspensoir, des bains froids et des astringens, tels que les compresses trempées dans l'eau de Goulard, ou dans la décoction de roses de Provins dans du vin rouge; dans l'usage de lavemens purgatifs pour vaincre la constipation; dans la position horizontale autant que possible; mais, dès qu'on cesse ou qu'on néglige ce traitement, le sang s'accumule de nouveau dans les veines du cordon et les distend. Ce traitement est le seul mis en usage et conseillé par Boyer, qui rejette toute espèce d'opération, comme difficile, douloureuse, et comme n'assurant pas la cure de la maladie, qui pourrait, dit-il, être sûrement guérie par la castration. Cependant les anciens et les modernes ont indiqué certaines méthodes opératoires, qui ont été quelquefois couronnées de succès: ce sont ces diverses méthodes opératoires qu'il importe d'indiquer succinctement. Mais, avant d'opérer cette maladie, il faut se rappeler exactement les rapports des divers organes qui composent le cordon, et suivre à ce sujet les données établies par M. Velpeau. Le canal déférent naît de la queue de l'épididyme, et reste en arrière; l'artère est au milieu et la veine en devant. On peut toujours sentir, à travers le scrotum, le canal déférent qui est dur et tendu comme une corde; l'artère, qui est immédiatement à côté de lui, lui est unie assez fortement au moyen du tissu cellulaire, de sorte qu'en l'isolant, on isole aussi l'artère, et on ne saisit que les veines. Il est toujours bon d'isoler l'artère; car, si elle était comprise dans la ligature avec les veines, il pourrait en résulter l'atrophie du testicule, par l'arrêt de la circulation dans cet organe, quoique cependant, dans un cas comme celui-ci, les collatérales, qui naissent de l'artère spermatique, pourvoiraient probablement à sa nutrition.

Il est indispensable de connaître ces rapports, pour chercher à obtenir la cure radicale du varicocèle par les procédés nouveaux de MM. Breschet, Velpeau, Fricke; car, si l'on venait à étrangler, dans les mors de la pince ou entre le fil et l'épingle, le canal déférent, il en résulterait une inflammation de ce conduit, qui pourrait se propager au testicule et au canal urétral et être suivie d'accidens graves.

Méthode opératoire. — 1° *Méthode ancienne.*

Les anciens avaient pour habitude d'ouvrir largement le scrotum et les tuniques du cordon, afin de mettre la tumeur à découvert, d'isoler les veines variqueuses, et de les comprendre entre deux ligatures ou de les extirper.

Boyer, qui regarde le varicocèle comme incurable, proscrit toute espèce d'opération sanglante, non-seulement parce qu'on parvient rarement à guérir les malades, mais encore parce qu'elles ne sont pas sans danger. La castration, dit-il, serait un moyen plus sûr de guérison; mais on ne doit se risquer à l'employer que dans les cas où le testicule serait squirrheux.

Delpech, qui a pratiqué un certain nombre de fois l'extirpation des veines du cordon des vaisseaux spermatiques, considère cette opération comme Boyer, et même recommande de ne jamais la mettre en usage dans quelque circonstance que ce soit. Cependant il l'a fait revivre, et paraît en avoir obtenu des succès tels, qu'un candidat de Montpellier a dit, dans sa thèse, que, sur sept fois que l'opération avait été pratiquée, il y avait eu six cas de guérison complète. Tout le monde sait que Delpech lui-même est mort victime d'un individu qu'il avait opéré d'un varicocèle par ce procédé: on ne dit pas si l'opération avait réussi.

Les modernes ont substitué à cette opération cruelle et dangereuse des procédés beaucoup plus doux, moins dangereux et plus susceptibles de guérir.

La première manière d'opérer est celle de M. Breschet. Elle consiste à embrasser avec une pince les veines variqueuses avec la peau du scrotum, et à comprimer assez fortement pour escarrifier les parties.

On a obtenu ainsi des guérisons.

Cette pratique, quoique très-simple, est cependant encore susceptible de le devenir davantage. M. le pro-

fesseur Velpeau, d'après un grand nombre d'expériences qu'il fit en 1829, était parvenu à cette conclusion, qu'en pratiquant l'acupuncture des vaisseaux, on pouvait aussi bien en obtenir l'oblitération qu'en les liant (1). En poursuivant ses expériences et en les variant de toutes les manières, il prouva qu'on pouvait parvenir au même but en passant une épingle sous le vaisseau, et en l'étranglant dans un fil.

Le point important ici, c'est qu'en traversant une veine de part en part avec une aiguille, ou bien en passant une aiguille au-dessous pour l'étrangler dans un fil, on parvient à l'oblitérer, sans être obligé d'inciser préalablement la peau pour la découvrir.

Dans une thèse sur l'oblitération des veines, soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 9 mai 1833, M. le docteur Davat rapporte : qu'en faisant passer une aiguille sous une veine, et en l'étranglant par un fil tortillé en forme de *huit* ou circulairement, la peau se mortifiait, l'aiguille devenait vacillante vers le quatrième ou cinquième jour, et le tronc veineux n'était qu'épaissi et nullement oblitéré.

Sur deux chiens, l'aiguille était vacillante vers le cinquième jour, M. Davat continua à serrer le fil dans la plaie même, résultant de la section de la peau, le resserra encore le septième jour, supprima la compression vers le dixième, tua les animaux le trentième jour. La veine était considérablement rétrécie, mais non pas oblitérée, et donnait encore passage au sang.

Enfin, dans une autre expérience, il resserra chaque jour le fil sur l'aiguille, jusqu'à la séparation complète des parois de la veine, qui arriva le dixième jour. Il survint une phlébite avec épanchement de pus dans la cavité de la veine, qui n'était point encore oblitérée. Fondé sur ces observations, l'auteur conclut que l'oblitération par la compression est difficile, et qu'on doit y renoncer en raison des dangers auxquels elle expose les individus qui y sont soumis.

Suivant ce médecin, il faut passer d'abord une première aiguille sous la veine, puis, avec une seconde aiguille, traverser perpendiculairement la peau et la veine d'avant en arrière, après quoi on traverse de nouveau le vaisseau d'arrière en avant, avec la même aiguille qu'on incline légèrement. La membrane interne de la veine est alors mise en contact avec elle-même dans les quatre points piqués ; puis, si on assujétit ces aiguilles avec un fil entortillé autour d'elles, on obtient une oblitération complète en quatre ou cinq jours.

Sur quinze cas de varices, qui ont été opérés par étranglement de la veine, dans le service de M. Velpeau, nous avons vu toujours l'oblitération avoir lieu du cinquième au dixième jour. Le malade qui a succombé à une tumeur encéphaloïde, développée dans le ventre, et qui, antécédemment avait été opéré et guéri d'un varicocèle, nous a montré à l'autopsie les veines du cordon testiculaire oblitérées.

(1) *Journal hebdomadaire*, 1830. Nouv. élém. de méd. opér., tom. 1.

Ces observations nouvelles nous conduisent donc à des résultats semblables à ceux auxquels M. Velpeau, était parvenu en 1830, dans ses expériences, et, par conséquent aussi, aux mêmes conclusions.

Un autre procédé, qui ressort des premières expériences de M. Velpeau, mais que M. Fricke a le premier essayé sur l'homme, ressemble beaucoup à celui de M. Davat : il consiste à traverser la veine de part en part, d'avant en arrière, puis à revenir d'arrière en avant, et à laisser le fil à demeure dans la veine, comme un séton, pendant deux jours ; il détermine bientôt une inflammation de la veine, qui s'oblitère.

Ce chirurgien écrit à M. Velpeau qu'il a mis son procédé en pratique avec succès dans trente cas. M. Velpeau l'a appliqué deux fois, dans son service, sur des individus qui portaient des veines variqueuses aux jambes. Seulement, il lui a fait subir une légère modification, qui consiste à traverser la veine plusieurs fois, au lieu de la traverser une seule fois d'avant en arrière et d'arrière en avant, comme MM. Fricke et Davat. Dans ces deux cas, il a été suivi d'une inflammation phlegmoneuse très-étendue en profondeur et en largeur, accompagnée de fièvre, soif, rougeur de la langue, fuliginosité des dents, irritation gastrique et d'engorgement des ganglions de l'aîne. Chez l'un de ces malades, l'inflammation occupait une grande partie de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe, qui était en suppuration ; chez l'autre, la cuisse était aussi le siége d'un phlegmon, terminé par suppuration ; des abcès se formèrent aux environs du jarret, ils furent ouverts, et donnèrent issue à une grande quantité de pus. C'était là de graves accidens. A quoi tient cette différence de résultats de l'application du même procédé par deux mains différentes ? Cela tiendrait-il à ce que les fils, employés par M. le professeur Velpeau, étaient cirés au lieu d'être à leur était naturel ? A ce qu'ils ont été laissées trop longtemps dans la veine, deux jours chez l'un et trois jours chez l'autre ? ou enfin à ce qu'ils ont été passés plusieurs fois dans la même veine ?

Enfin, il y a un dernier procédé, qui appartient au professeur Velpeau, c'est celui qui consiste à passer une épingle sous la veine variqueuse, au-dessus du bourrelet variqueux, et à l'étrangler par un fil tortillé circulairement ou en *huit*. Lorsque le fil est tortillé circulairement, la veine se trouve étranglée en trois points différens, savoir : par l'épingle sur laquelle elle est à cheval, et, de chaque côté, par le fil. Sur vingt-cinq cas de varices des membres, parmi lesquels j'en ai observé quinze, l'oblitération a eu lieu le plus souvent du cinquième au sixième jour, au bout desquels on a retiré les épingles. Dans les autres cas, il n'a pas été suivi d'accident grave. Seulement un petit phlegmon s'est manifesté autour de la piqûre, et a été guéri vers le quinzième jour ou vers le vingtième au plus tard, à dater du jour de l'application des épingles. Une seule fois, chez une femme, le phlegmon s'est terminé par suppuration, et a été suivi d'un érysipèle qui, de la jambe, s'est étendu à la cuisse, et a disparu sous l'influence des frictions mercurielles et des émolliens.

Ce procédé, appliqué à quatre cas de varicocèle, a été suivi chez tous, et surtout chez les trois premiers, d'une vive inflammation terminée dans deux cas par suppuration. Chez un, la tunique vaginale s'est enflammée; sa cavité est devenue le siége d'une abondante suppuration, qui, pour être évacuée, a nécessité l'incision de ses parois.

Cette suppuration de la tunique vaginale a lieu spécialement chez les jeunes sujets, où elle remonte plus haut que chez l'adulte, parce que cet appendice du péritoine, après s'être fermée au niveau de l'orifice interne du canal inguinal est encore très-rapprochée de son orifice externe, ainsi que le testicule sur lequel elle est roulée. Ce qui fait qu'en faisant passer l'épingle derrière les veines du cordon, on peut la traverser et l'étrangler dans le fil avec ses vaisseaux. Comme elle ne peut supporter impunément cette constriction, elle s'enflamme et suppure. C'est une disposition dont il est bon d'être prévenu, lorsqu'on opère un varicocèle d'après ce procédé chez un jeune sujet : de là le précepte de poser les épingles le plus haut possible.

Voici maintenant le détail des quatre observations relatives au procédé de M. Velpeau.

Première observation. — Un jeune homme, âgé de 22 ans, était couché au n. 2 de la salle Sainte-Vierge. Ce malade qui était d'une haute taille et d'une constitution vigoureuse, portait, depuis sa naissance, une tumeur formée par la dilatation des veines du cordon testiculaire gauche. Cette tumeur, dont il ne s'était jamais beaucoup occupé, augmentait de volume et devenait douloureuse sous l'influence d'une longue fatigue, déterminée par la marche ou par des efforts. Il était habituellement constipé, et restait souvent quatre, cinq ou six jours sans aller à la selle. Peu de temps avant son entrée à l'hôpital, ayant fait à pied et pendant de grandes chaleurs, la route de Bayonne à Paris, après avoir été abandonné par une famille espagnole, à laquelle il était attaché en qualité de domestique, il ressentit des tiraillemens dans les aînes et des douleurs dans les lombes jusque dans les reins. Le testicule gauche était gonflé et très-mou. Le cordon du même côté, siége du varicocèle, était très-développé. Entré à la Charité, le 13 juillet 1835, le malade présentait l'état suivant : on apercevait, pendant la station verticale, une tumeur noueuse, molle, bleuâtre, douloureuse, partant du bord supérieur du testicule gauche et s'élevant jusque vers l'orifice externe du canal inguinal; en suivant le trajet du cordon, dans les veines duquel elle siégeait, on pouvait en isoler le canal déférent. Cette tumeur disparaissait par la pression, et diminuait par la position horizontale : le testicule seul conservait une mollesse pâteuse.

Il fut opéré, le 20 juillet, après avoir été préparé convenablement.

Les jours qui suivirent l'opération, il eut des coliques, et des douleurs se firent sentir dans les reins. Le 26, les épingles furent retirées; la partie du scrotum, comprise dans la ligature, se mortifia, et il y eut alors une plaie suppurante, dont l'inflammation s'étendit à tout le scrotum, qui devint rouge, gonflé et tendu; de la fièvre, de la soif, pour symptômes généraux. Les bourses furent simplement enveloppées dans des cataplasmes émolliens; et, au bout d'un mois, le malade sortit, parfaitement guéri de son infirmité. Il resta encore longtemps en qualité d'infirmier et d'homme de peine à l'hôpital, et le varicocèle n'a pas reparu.

Deuxième observation. — Au n° 4 de la même salle était couché le nommé Lefebvre, âge de 32 ans, garçon de salle au collége Sainte-Barbe. Vers la fin de mars 1835, il ressentit des douleurs dans les reins, les lombes et au testicule du côté gauche, sans qu'il existât rien au cordon; mais bientôt il se développa le long de ce même cordon, une tumeur, molle, flexueuse, bleuâtre, douloureuse, s'étendant de la partie supérieure du testicule jusqu'à l'orifice externe de l'anneau inguinal. Cette tumeur augmentait, et devenait plus douloureuse par la station verticale, et sous l'influence de la fatigue et des efforts que le malade faisait pour aller à la selle, efforts qui se répétaient chaque fois, car il était très-resserré. Elle diminuait au contraire par la pression et par la position horizontale. Tel était l'état de la maladie au moment où nous vîmes le malade, qui était entré le 21 mai 1835. Depuis l'époque de l'apparition du varicocèle jusqu'au moment de son entrée, il avait porté un suspensoir, sans aucun soulagement.

Ce malade fut opéré le 31 mai 1835. Il se développa autour de l'épingle, qui fut retirée le sixième jour, une inflammation, qui s'étendit à tout le scrotum, et se termina par suppuration. Bientôt elle se calma; et, le 19 juillet, la guérison du varicocèle était complète. Mais, vers cette époque, il se développa, dans les parties latérales gauches de l'abdomen, une tumeur qui donna lieu à beaucoup de conjectures; mais sur laquelle personne n'osa porter un diagnostic précis. Depuis son apparition, le malade était extrêmement constipé, et restait souvent quatre à cinq jours sans aller à la selle.

Si l'on se rapporte au commencement de la maladie, on verra que le varicocèle n'était que symptomatique de cette tumeur abdominale, qui ne s'est montrée à l'extérieur par des signes sensibles, qu'après la guérison de la tumeur du cordon. Selon toutes les probabilités, c'est elle qui causait les douleurs de rein et les douleurs lombaires, qui précédèrent l'apparition du varicocèle. Et si on eût pu prévoir ou même soupçonner son existence, l'opération de ce dernier n'eût point été tentée comme devant être inutile.

Le 14 août, une ponction exploratrice fut faite dans cette tumeur, et il n'en sortit que quelques gouttes de sang. A dater de ce moment, la tumeur grossit, le malade maigrit, tomba dans le marasme, et succomba le 22 septembre.

A l'autopsie, on trouva les intestins recouverts d'une matière noire et pultacée, et sur le côté gauche de la colonne vertébrale, une tumeur dépassant le volume de la tête d'un adulte, circonscrite entre la rate, le rein gauche et les intestins, qui étaient refoulés par elle, surtout le colon descendant, qui était comprimé et retiré, ce qui explique la constipation opiniâtre qui tourmen-

tait le malade. Cette tumeur était enkystée, et formée de matière encéphaloïde, et d'une autre matière, semblable à du sang coagulé, dont la partie colorante et la sérosité seraient résorbées. Le cordon des vaisseaux spermatiques ayant été examiné, les veines furent trouvées oblitérées.

Troisième observation.— Au n° 12 de la même salle; était placé le nommé Nicolas Duty, âgé de 15 ans, d'une constitution assez bonne, garçon restaurant. Il éprouva, vers le mois de janvier 1834, quelques douleurs, se propageant des reins aux lombes, à l'aîne et au testicule du côté gauche. En portant la main vers le siége de la douleur, il trouva une tumeur de la grosseur du pouce, s'étendant depuis l'anneau inguinal externe, jusqu'au bord supérieur du testicule. Cette tumeur était molle, flexueuse, douloureuse au toucher, augmentait par la station verticale, la marche et surtout par les efforts de la défécation, diminuant au contraire sous l'influence du repos et de la position horizontale.

Entré à l'hôpital, le 25 juillet 1835, ce malade nous présenta l'état suivant : les veines du cordon et celles du scrotum étaient dilatées, et formaient une tumeur facile à isoler des autres parties constituantes du cordon. Le testicule était très-mou, il était plus gros et descendait plus bas que l'autre. Ce petit malade fut opéré le 28 juillet. La présence des épingles dans le scrotum et la constriction exercée sur lui par le fil, y déterminèrent une inflammation très-forte, accompagnée de douleurs violentes, d'une tuméfaction considérable et d'une vive rougeur. Les épingles furent retirées le cinquième jour; l'inflammation, accompagnée de fièvre, d'inappétence, de soif, se termina par suppuration, qui s'échappa à travers le scrotum ouvert en plusieurs points. Une saignée générale fut faite; des topiques émolliens et calmans furent placés à nu sur la tumeur. La tunique vaginale s'enflamma, suppura, et fut incisée à sa partie la plus déclive, pour laisser écouler le pus d'une manière continue, et l'empêcher de séjourner dans cette cavité où l'air pouvait pénétrer et se combiner avec lui. Dès lors, tous les accidens diminuèrent, et le 25 août, le malade sortit parfaitement guéri.

L'inflammation de la tunique vaginale et sa suppuration furent attribuées à ce qu'elle avait été traversée par l'épingle et étranglée par le fil avec les autres enveloppes du cordon.

Quatrième observation.— Un jeune homme de 21 ans entra à la Charité, le 20 novembre 1835, salle Sainte-Vierge, n° 14, pour se faire guérir de boutons qu'il portait à la peau. Il portait en même temps dans le scrotum et le cordon testiculaire gauche une grosseur, s'étendant de l'orifice externe du canal inguinal jusqu'au bord supérieur du testicule, qui était mou et descendait plus bas que l'autre. Cette tumeur molle et noueuse, présentait l'aspect d'un cordon mollasse et tortueux, derrière elle, on en distinguait une autre droite, qui était le canal déférent : vers l'anneau, tout disparaissait; le testicule était sain, et ne présentait aucun signe de phlegmasie et de dégénérescence; il n'y avait point d'infiltration dans les tuniques du cordon : ces symptômes disparaissaient en partie par le repos et la position horizontale.

On n'a rien trouvé dans l'intérieur du ventre, aucune tumeur, aucune cause spéciale : on ne pouvait que l'attribuer aux efforts et à la fatigue. Le malade ne se rappelait pas avoir éprouvé de froissement dans cette partie: cette tumeur ne pouvait être qu'un varicocèle.

Il fut opéré, le 9 décembre 1835. Ce varicocèle, qui causait peu de douleur au malade avant l'opération, n'en causa pas plus après l'application de l'épingle; celle-ci fut enlevée au bout de six jours. L'inflammation, développée autour de la piqûre, a été très-légère et très-bornée : il n'y a point eu de symptômes généraux.

Le sang s'est accumulé dans les veines au dessous de l'étranglement, et a formé une tumeur dure, indolente, sans changement de couleur à la peau, irréductible, qui pourra disparaître par la résorption, ou bien s'organiser ou former un corps étranger, qu'il faudra extraire plus tard. Ce malade est sorti très-bien guéri de son varicocèle, le 8 janvier 1836.

Observation d'acéphalocystes développées dans les os du crâne, recueillie à l'hôpital des Enfans (service de M. Baudelocque); par M. Guesnard, interne.

Au n° 30, salle Saint-Paul, était couché Buixon, Simon, âgé de 7 ans, né à Vaugirard.

Cet enfant qui s'est toujours fait remarquer par le développement de son intelligence, sa gaîté, son aptitude au jeu, n'a jamais été malade précédemment; sa *nourriture était saine; on l'avait habitué* à boire un verre de vin chaque jour, il vivait presque toute la journée dans une case, où son père, jardinier, conservait certaines plantes; bien conformé, d'un bon embonpoint : sa taille est en rapport avec son âge.

Il y a sept mois environ, qu'un morceau de charbon incandescent lui sauta sur l'œil droit; il en survint une ophthalmie, de la céphalalgie sous-orbitaire; et l'enfant, dès ce moment, perdit la vue de ce côté. Cependant les accidens ne furent pas assez graves pour le retenir au lit; et, au bout de quelques jours, il put se livrer à ses jeux avec autant d'activité qu'auparavant.

Le 1er janvier, sans cause connue, sans aucun symptôme précurseur, la paupière supérieure tomba sur le globe oculaire déja affecté de cécité; mais la santé générale est toujours conservée.

Le 13 janvier seulement, l'enfant qui, la veille, s'était couché bien portant, est pris de céphalalgie, de frissons, et vomit, à 6 heures et demie du matin, après l'ingestion d'un peu d'eau de fleurs d'oranger : plus tard encore, un demi-verre de vin sucré rappelle les vomissemens.

Le même jour, son père l'amène à l'hôpital. A notre première visite, il s'offrit dans l'état suivant : légèrement assoupi, s'irritant à la moindre contrariété, sa face est un peu colorée, la vue paraît éteinte, surtout

du côté droit ; et le globe oculaire de ce côté est recouvert par la paupière supérieure qui est paralysée : il est en même temps plus saillant que celui du côté opposé. La pupille, très-dilatée, est immobile ; l'œil n'est nullement sensible à l'impression de la lumière, ni même au contact d'un agent matériel, d'une plume, par exemple, qui vient irriter la conjonctive.

Du côté gauche, l'œil est ouvert. la pupille, plus dilatée que dans l'état normal, l'est moins cependant que du côté opposé et se contracte légèrement ; mais la sensation de la lumière n'est pas perçue, tandis que la sensibilité tactile persiste, que les paupières se ferment dès qu'elles sont irritées par un corps étranger. Du reste, il n'y a pas de strabisme : les yeux paraissent se mouvoir de chaque côté dans leur orbite.

Les autres organes des sens sont conservés dans leur intégrité. L'enfant entend parfaitement, a la conscience des saveurs et des odeurs.

La sensibilité cutanée est partout dans son état normal. Le système locomoteur n'offre aucun phénomène morbide, si ce n'est que le malade s'agite assez souvent, et grince quelquefois des dents.

L'intelligence est parfaitement conservée. Les réponses sont justes, mais faites avec impatience. Le malade accuse de la céphalalgie, sans préciser l'endroit douloureux.

Aucun trouble ne se remarque du côté des organes digestifs. La langue est humide. L'abdomen n'est nullement douloureux. Les vomissemens n'ont pas reparu. Les évacuations alvines sont normales. La respiration est franche, régulière, de temps à autre suspirieuse. Le pouls est petit, à peine sensible, et offre 114 pulsations par minute ; la chaleur cutanée n'est pas élevée.

Des sinapismes sont appliqués aux jambes du petit malade, qui les sent impatiemment ; et, les 13 et 15 janvier, on lui administre, dans une potion, trois gouttes d'huile de croton, qui déterminent plusieurs selles liquides. Pendant les trois jours, les mêmes symptômes se remarquent. La face se colore de temps à autre ; il y a un peu d'agitation. La commissure des lèvres du côté droit s'élève légèrement : cette élévation coïncide avec une élévation légère de tous les traits du même côté.

Le 16 janvier, le pouls est moins fréquent, plus sensible. Le malade paraît mieux et demande à manger. Il avale avec avidité du sucre et un biscuit qu'on lui donne. La respiration cesse d'être suspirieuse.

Le 18, l'enfant n'attirait presque plus notre attention que par l'expression de sa physionomie, la vivacité de ses paroles, et la médecine paraissait n'avoir plus rien à faire chez lui, si ce n'est à chercher à guérir son amaurose double et la légère hémiplégie qu'il présentait, lorsqu'il fut pris d'une scarlatine. L'éruption s'en fit d'une manière assez bénigne, et se termina bien au bout de quatre jours sans aucun accident.

Mais, le 23 janvier, notre petit malade, qui n'avait pas été vacciné, fut pris d'une variole et en même temps d'une dysenterie attribuée à l'ingestion d'alimens qui furent portés par ses parens.

L'éruption variolique fut à peine précédée de symptômes d'invasion ; elle se montra irrégulière dans son apparition, sa marche, son développement. D'abord, on vit quelques boutons sur les parois de l'abdomen ; au bout de deux jours, il y en eut quelques-uns sur la face ; ils se montrèrent toujours d'une teinte pâle, cuivrée, aplatis, sans gonflement des parties sur lesquelles ils se développaient. Dès lors, plus d'appétit, soif extrême ; la langue, couverte de mucosités, de pustules, se dessèche : les selles, fréquentes, douloureuses, deviennent sanguinolentes.

Depuis quelques jours aussi l'œil droit fait plus de saillie qu'auparavant ; son injection est plus prononcée ; des mucosités, secrétées en abondance, aglutinent les paupières. La cornée, moins transparente, se couvre d'un enduit muqueux.

Enfin, au milieu de ces graves symptômes, qui se succèdent avec rapidité, le pouls augmente de fréquence, devient petit, insensible, la prostration s'accroît, l'enfant sent à peine des vésicatoires qu'on lui met aux jambes, et meurt, le premier février, après une courte agonie.

Autopsie cadavérique, faite vingt-six heures après la mort.

Il n'y avait pas de raideur dans les membres. Le crâne parut être d'une conformation normale, et n'offrit rien de notable sous le rapport de son volume. Après en avoir scié la voûte, je voulus la détacher, et fus fort étonné de voir, dans cette opération, s'échapper un jet de liquide de son intérieur.

Voici ce que nous permit de constater l'ablation de la voûte osseuse. Il existait du côté droit un kyste, placé entre la dure-mère et les parois latérales du crâne (c'est-à-dire, le temporal et le pariétal).

Ce kyste, contenu dans une vaste excavation, creusée aux dépens de la substance cérébrale, s'étendait aussi jusqu'à la base du cerveau, qui se trouvait de cette manière refoulée fortement en haut dans son hémisphère droit : c'est sa déchirure qui avait donné lieu à l'écoulement du liquide précité. Cette tumeur, dont le volume peut être comparé à deux fois celui d'un œuf de poule, occupait toute la fosse cérébrale moyenne, traversait en avant, par une extrémité aplatie, comme étranglée, la fente sphénoïdale, et là, se prolongeait d'un travers de doigt dans la cavité orbitaire ; en dedans, elle soulevait l'extrémité antérieure de la tente du cervelet, pour pénétrer dans un enfoncement, creusé au-dessous de la fosse pituitaire dans le corps même du sphénoïde.

Ce kyste se trouvait accolé à une vésicule de même nature, de la grosseur d'une noix, placé dans le foyer pituitaire, entre la portion osseuse du corps sphénoïdal et la dure-mère qui l'environnait de tous côtés. Du côté gauche, elle avait fortement écarté les sinus caverneux ; du côté droit, les sinus, déjà soulevés par la première tumeur, ne lui offraient plus de limite, et lui permettaient d'être en contact avec celle-ci.

Outre ce deuxième kyste, il en existait d'autres du

volume d'une lentille, placés dans de petites excavations osseuses qu'offrait le corps du sphénoïde, d'autres miliaires existaient plus profondément, et furent prises avec des pinces; elles étaient contenues dans les aréoles du tissu osseux : j'en trouvai une vingtaine.

Je crois devoir maintenant décrire la nature de ces tumeurs, et le genre d'altérations qu'elles avaient fait éprouver aux parties environnantes.

Ces kystes sphéroïdaux sont remplis d'un liquide qui, par l'incision de la poche, s'écoule en jet, comme si la membrane qui le renferme revenait sur elle-même en vertu de son élasticité. Transparent au moment de l'autopsie, ce liquide devint, au bout de quelques jours, nébuleux : les nuages sont dus à une séparation d'une partie des membranes.

La poche vésiculaire présente une surface lisse, uniforme, nullement adhérente; la membrane qui la forme, lorsqu'elle est pleine de liquide, paraît mince, transparente; mais, dès que ce liquide s'écoule, elle revient sur elle-même, et, triplant presque d'épaisseur, devient demi-opaque, opaline, c'est tout à fait l'apparence de blanc d'œuf coagulé, ou encore de fausses membranes récentes. Elle est composée de plusieurs feuillets, dont l'interne plus mince, plus transparent, semble mieux organisé : les autres paraissent être des lames de tissu cellulaire bien moins condensé.

La dure-mère, détachée des os par les tumeurs, offre, dans quelques endroits, des plaques opaques, comme osseuses, dans d'autres points, elle est amincie, légèrement éraillée.

La substance centrale n'est ramollie dans aucun point, sa consistance, sa couleur sont normales; l'hémisphère droit est remarquable par la compression qu'il a éprouvée, fortement excavé à sa base et sur les côtés de son lobe moyen. Ses circonvolutions ont en partie disparu, et ses anfractuosités sont bien moins étendues. Le plancher du ventricule latéral droit s'élève un pouce plus haut que celui du côté opposé, et touche au plafond du même ventricule. La couche optique et le corps strié sont légèrement aplatis. Du reste, aucun liquide n'existe dans les cavités du cerveau. Les nerfs optiques sont à l'état normal jusqu'à leur chiasma; mais là ils commencent à être soulevés par la tumeur jusqu'à leur entrée dans le trou optique, où ils sont, pour ainsi dire, étranglés par la limite supérieure de ce trou. Celui du côté droit offre, en outre, des points aplatis, d'autres rétrécis; et, à son entrée dans la sclérotique, il a moins de volume que celui du côté opposé. D'ailleurs, les nerfs ne paraissent pas autrement altérés dans leur texture. Les filets nerveux, qui rampent dans la paroi externe du sinus caverneux, ont subi tous une distension et une compression remarquables. Mais cet effet est marqué surtout pour la branche ophthalmique de la cinquième paire, qui se trouve d'autant plus tiraillée, que la tumeur soulève la dure-mère, à partir même de son point de séparation du ganglion de Gasser, qui se trouve accolé à la base du crâne.

L'altération la plus remarquable est celle des os, assez semblable à celle que leur font éprouver les tumeurs anévrysmatiques. Ils sont rugueux, offrent des saillies entrecoupées d'enfoncemens. Toute la fosse cérébrale moyenne, le corps du sphénoïde et son apophyse d'Ingrassias, ne sont plus recouverts par la dure-mère, et ont perdu dans certains points leur lame interne; dans d'autres sont réduits à leur lame externe; enfin, çà et là le temporal paraît réduit à une sorte de feuillet transparent, crépitant comme le parchemin. C'est une altération analogue à celle qu'éprouvent les os du crâne, lorsqu'ils sont en contact avec un fongus de la dure-mère. Le trou maxillaire supérieur est rugueux, présente trois fois son volume ordinaire.

La voûte orbitaire est beaucoup plus saillante du côté droit que du côté gauche.

Les globes oculaires offrent un volume normal. L'œil gauche est dans un médiocre degré de dilatation, sa cornée est transparente; mais celui du côté droit est fortement dilaté, sa cornée est opaque, comme flétrie, la conjonctive y est fortement injectée.

Le foie, sain d'ailleurs, présente dans son centre une tumeur vésiculaire, semblable à celle que nous avions vue dans la cavité crânienne : elle est du volume d'une noix.

La muqueuse intestinale offre, à partir du cœcum jusqu'à l'anus, une rougeur remarquable, coïncidant avec un état comme fongueux de cette membrane, qui est en outre très-ramollie.

Réflexions. — La mort de cet enfant eût été certes bien justifiée par la seule éruption variolique; mais elle le fut bien mieux par l'inflammation étendue de son tube intestinal.

Si nous devions nous étonner un moment du développement presque tacite de ces tumeurs vésiculaires dans la boîte crânienne, notre étonnement cesserait, en réfléchissant à la compressibilité du cerveau, à la facilité avec laquelle il s'habitue à l'influence des causes de compression. Ne voyons-nous pas des épanchemens de sang considérables se faire dans la cavité du crâne, sans symptômes d'affection du cerveau, si cet organe a été comprimé d'une manière lente et graduée. Combien, au contraire, les symptômes sont instantanés, si un épanchement, même léger, se fait avant que la substance cérébrale ait eu, pour ainsi dire, le temps de s'y préparer.

Ces tumeurs vésiculaires, à n'en pas douter, se sont développées avec lenteur. La compressibilité du cerveau a été ainsi graduellement mise en jeu; et, dès lors, se trouve expliquée l'intégrité de toutes ses fonctions.

Mais, dès que la compression a été poussée trop loin, ou mieux, dès qu'il y a eu lésion de quelque partie essentielle, nous en avons été averti par des signes évidens. L'amaurose du côté droit nous fit prévoir d'abord l'altération du nerf optique; la chute de la paupière, celle de la branche ophthalmique de la cinquième paire.

Ce sont, peut-être, les modifications éprouvées par cette dernière branche nerveuse qui doivent nous expliquer l'état morbide survenu dans l'œil droit, caractérisé par l'injection de la sclérotique, l'opacité et même la flétrissure de la cornée, état qui se manifeste chez les animaux après la section de la cinquième paire.

Si l'amaurose s'est déclarée plus tard du côté gauche;

c'est que la compression du nerf optique y a été plus tardive. Plus tard sans doute, la tumeur sphéroïdale, située dans la fosse pituitaire, aurait agi par son accroissement sur les autres branches nerveuses du globe oculaire, et, dès lors, nous eussions vu les mêmes symptômes se manifester des deux côtés.

Quelle est la nature de ces kystes vésiculaires? Certes, ce sont là les hydatides des anciens auteurs, les acéphalocystes de Laënnec. Leur présence, assez fréquente dans le poumon, le foie et autres organes, l'est bien moins dans la cavité crânienne : à peine en trouve-t-on quelques faits épars dans la science.

M. Cruveilhier, dont le nom est si intimement lié à l'anatomie pathologique, n'en a jamais observé. Il regarde, comme n'étant autre chose que des kystes séreux, les prétendues hydatides de Morgagni.

Cependant on ne peut mettre en doute les observations d'acéphalocyste, publiées par des auteurs recommandables. *Dance* a vu une acéphalocyste, développée dans le cerveau d'une épileptique. Bresmser, dans son Traité des affections vermineuses, rapporte à peu près le même fait observé par Morrach.

M. Rostan, dans son Traité sur le ramollissement du cerveau, parle d'une femme qui mourut d'un ramollissement de la substance cérébrale, et dont l'autopsie fit, en outre, reconnaître une acéphalocyste de la grosseur d'une noix.

M. Calmeil rapporte un fait curieux d'acéphalocystes développées en grand nombre dans la substance du cerveau. Nous trouvons encore des observations d'hydatides cérébrales dans Abercrombie, dans le Bulletin de la Faculté de médecine, par M. Esquirol.

Le mois dernier, un de mes collègues, M. Taupin, a trouvé une hydatide cérébrale volumineuse : son observation doit être incessamment publiée.

Mais ce que je dois faire remarquer, sans vouloir en tirer de conclusion, c'est que toujours les hydatides ont été observées, soit dans les cavités cérébrales, soit dans celles des méninges, ou même dans l'intérieur de la substance cérébrale, tandis que les nôtres se sont développées entre la dure-mère et les os, celles, même, qui paraissent être dans leur premier moment de développement, se trouvent dans les aréoles du tissu osseux.

Si nous recourons à la pathologie comparée, nous voyons se développer chez les bêtes à laine, une affection bien remarquable; le tournis, ainsi nommé parce que les moutons qui en sont affectés tournent sur eux-mêmes, consiste en un développement d'hydatides, soit dans la masse cérébrale elle-même, soit dans les cavités ventriculaires, ou bien à l'extérieur des méninges. Leur formation est ordinairement lente et progressive, mais quelquefois prompte et rapide.

La compression d'un hémisphère donne lieu à la paralysie d'un côté, à cette action de tourner en formant des cercles concentriques, ordinairement fort petits; mais, si l'hydatide occupe le plan médian du cerveau, alors la compression est égale de chaque côté, et le mouton ne tourne pas. En outre, les hydatides en s'accroissant donnent lieu à la cécité, à une sorte de délire, que les bergers reconnaissent très-bien, et enfin à l'amincissement des parois du crâne, qui se trouvent quelquefois réduites en partie à l'épaisseur d'une feuille de papier, et crépitent comme le parchemin : c'est ordinairement aux environs des tempes qu'on sent cette crépitation, et qu'on perçoit même une sorte de murmure vésiculaire

Les médecins vétérinaires sont aussi peu avancés que nous sur la cause, la nature et le traitement de cette affection. Chacun a donné ses idées, toutes spéculatives. On dit avoir guéri beaucoup de moutons affectés du tournis, soit par la trépanation, soit par la ponction successive, ou bien par la cautérisation des parois du crâne.

Déjà, dans un journal de médecine vétérinaire comparée, on a trouvé une sorte d'analogie entre le tournis et l'affection cérébrale, développée chez l'homme, sous l'influence des hydatides; mais cette analogie n'est pas parfaite, puisque, chez les moutons, les hydatides que l'on rencontre sont évidemment des hydatides polycéphales.

Si, chez notre malade, on avait pu reconnaître l'amincissement des os, en sentir la crépitation, aurait-on pu tenter une ponction exploratrice et même l'évacuation du liquide à l'aide de ponctions successives?

BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

FÉVRIER 1836.

HOPITAL DES CLINIQUES DE LA FACULTÉ.

Service de M. le professeur Rostan.

Dans ce service, on ne compte que quarante-quatre lits, dont vingt-quatre affectés aux hommes, et vingt aux femmes.

Pour celui qui ne considérerait que le nombre des lits, ce service serait de peu d'importance; mais quand on saura qu'en général on n'envoie, dans les différentes cliniques de cet hôpital, que de cas choisis et variés, on concevra facilement que l'observation peut y trouver une source inépuisable d'une bonne et solide instruction.

Chaque élève, à son tour, est chargé par M. le professeur Rostan, d'interroger le malade, et lui-même préside à l'examen avec la plus grande attention. De cette manière, les études cliniques deviennent très-faciles, et l'on ne saurait trop louer la complaisance du professeur. Tout le monde gagne à cet arrangement, élèves et malades, les moindres renseignemens étant recherchés avec la plus scrupuleuse exactitude. Il arrive aussi très-rarement que M. Rostan soit obligé de revenir sur le diagnostic qu'il a porté, ce qu'il fait toujours, du reste, avec cette bonne foi et cette franchise qui n'appartiennent qu'au vrai mérite.

La grande affluence d'auditeurs nous prive, fort souvent, de profiter des réflexions qu'il fait au lit des malades. Cette circonstance nous eût empêché de recueillir nos observations avec soin, si M. Delaberge, chef de clinique, ne nous eût procuré l'occasion de le faire, en nous permettant d'assister à l'excellent cours d'études cliniques qu'il fait le soir, pour préparer les élèves au cinquième examen. Nous espérons qu'il ne trouvera pas mauvais que nous lui en témoignions publiquement notre reconnaissance.

Les observations qu'on va lire, appartiennent toutes à la même affection. Nous les avons réunies, afin qu'elles puissent servir de point de comparaison, pensant que cette manière de procéder pouvait seule être profitable.

Entéro-colite. — Fièvre typhoïde légère. — Guérison.

Boutri, âgé de 32 ans, commis-voyageur, d'un tempérament sanguin, bien constitué, arrivé à Paris, seulement depuis un mois, marche beaucoup le 17 octobre, et est obligé de coucher dans un lit qu'il partage avec deux autres personnes.

Renseignemens fournis par le malade. — (On ne peut guère y ajouter foi, car il se contredit fréquemment.) Le 18, frissons peu prononcés, fièvre, courbature, respiration pénible, douleurs dans la poitrine, toux sèche sans expectoration; céphalalgie violente, délire pendant la nuit. Une potion semble calmer les accidens qui reparaissent bientôt avec une nouvelle intensité. — 30 sangsues, appliquées à l'anus, ne font pas cesser la douleur de tête; prostration, appétit nul, persévérance des symptômes généraux.

Le 5 novembre, le malade entra à l'Hôpital des Cliniques, et présenta les phénomènes suivans : Face colorée, sentiment de pesanteur de la tête, langue large, d'un rouge foncé à son limbe, avec tendance à la sécheresse; bouche amère, soif vive, déglutition douloureuse, rougeur de l'isthme du gosier; anorexie, nausées et vomissemens occasionnés par l'ingestion des alimens; ventre dur, tendu, non douloureux à la pression et sans coliques; diarrhée fort abondante (dix à douze selles verdâtres); pouls régulier, assez développé (cent pulsations); peau chaude et sèche; toux légère, n'occasionnant aucune douleur dans la poitrine; expectoration de crachats blanchâtres, salivaires, transparens, écumeux; les organes respiratoires sont sains (24 inspirations régulières, profondes); le thorax percuté est sonore dans tous les points; l'expansion vésiculaire est simple, sans aucun mélange de râle ni de souffle; les battemens du cœur sont profonds et réguliers les urines sont faciles et abondantes, d'un jaune foncé. Ce malade est soumis à une diète absolue et à l'usage de boissons délayantes, et de lavemens mucilagineux et légèrement narcotiques.

Les symptômes restent dans un état stationnaire jusqu'au dix. Le ventre est plus volumineux, plus dur, mais non douloureux; on ne perçoit pas de gargouillement. Le thorax n'est plus également sonore en arrière, l'expansion pulmonaire est peu distincte; on entend un bruit de sifflement, mêlé de craquement pendant les grandes inspirations. On aperçoit quelques taches disséminées à la peau (vers la base de la poitrine). Le lendemain, ces taches sont bien manifestes : dans toute la poitrine on entend un râle assez prononcé; il n'existe encore ni soubresauts des tendons, ni spasmes musculaires.

Le 12, en pressant l'abdomen, on sent un peu de gargouillement, et on voit, sur les tégumens de cette cavité, quelques taches typhoïdes nouvelles. Les vomissemens et la diarrhée continuent toujours. Même prescription, à laquelle on a ajouté, depuis quelques jours, la décoction blanche.

D.

Une amélioration notable et subite se remarque le lendemain ; sommeil de six heures, pendant la nuit ; ventre à peine sensible à la pression ; pas de selles depuis la veille. Il y a encore de la toux, mais sans dyspnée ; le pouls est encore très-fréquent (96 pulsations). — Bouillon de poulet, trois tasses ; le lavement et la décoction blanche sont suspendus.

Jusqu'au 16, jour où le malade entre définitivement en convalescence, les symptômes diminuent progressivement, les fonctions de respiration et de circulation rentrent peu à peu dans l'état naturel, malgré la continuation de la toux qui est assez fréquente. Les organes de la digestion reprennent leur énergie. Le malade sort le 25, *parfaitement guéri.*

Bronchite capillaire. — Fièvre typhoïde grave. — Guérison.

Meunier, âgé de 27 ans, commissionnaire, arrivé à Paris depuis un an, d'une constitution athlétique, toussant habituellement, et, cependant, n'ayant jamais fait de maladie. — Bien que malade depuis plusieurs jours, ce n'est que le 30 octobre qu'il est obligé de se mettre au lit. Dès lors, dyspnée considérable, toux très-fréquente, expectoration abondante de crachats jaunâtres, douleur peu vive à la base du thorax, anorexie, soif vive, vomissemens au début, selles naturelles, urines faciles, rien du côté de l'intelligence, plusieurs épistaxis.—Depuis le 2 novembre, jour de son admission à l'hôpital, on a tiré 24 onces de sang.

4 novembre. — Outre les symptômes précédens, le malade présente les suivans : 32 inspirations régulières, peu profondes. A distance, on entend un léger râle trachéal. — Thorax sonore en arrière, présentant cependant un peu de matité inférieurement à droite. Expansion pulmonaire franche, mêlée, en certains points, d'un peu de craquement et de râle muqueux. Thorax également sonore en avant, au-dessous des clavicules ; respiration puérile des deux côtés. Battemens du cœur réguliers ; matité précordiale peu étendue ; 112 pulsations régulières, molles ; chaleur halitueuse de la peau. Les épistaxis ont cessé. Saignée du bras, de 12 onces.

5 novembre.— Le sang tiré est riche en caillots, sans couenne manifeste. La nuit a été mauvaise. La face exprime la stupeur, sentiment d'une position grave. Décubitus dorsal. La lumière devient gênante. Langue large, blanchâtre ; bouche pâteuse. Nouveau vomissement pendant la toux qui est moins fréquente. Région ombilicale douloureuse par la pression ; épistaxis. Thorax peu sonore en arrière des deux côtés. Murmure vésiculaire peu marqué, un peu de râle sous-crépitant en arrière, à gauche inférieurement. 86 pulsations régulières, molles, facilement dépressibles. Gomme, 3 pots ; eau de Sedlitz, 2 verres. Le soir, ventre très-douloureux : il n'y a cependant pas eu d'évacuation depuis le matin. L'ingestion de l'eau de Sedlitz a déterminé un vomissement. 108 pulsations développées, peu résistantes ; peau sèche, un peu chaude, respiration moins gênée.

6 novembre, 104 pulsations, molles, facilement dépressibles ; le ventre n'est pas douloureux : une selle liquide dans la matinée. Du reste, même état que la veille. Même prescription. Le soir, ventre légèrement douloureux, toux plus fréquente. 32 inspirations, peu profondes, régulières. Saignée de 8 onces.

7 novembre. Sang retiré la veille, assez riche, caillot recouvert par une couenne jaunâtre, d'une ligne d'épaisseur, résistante. Expression de la face plus naturelle. 84 pulsations. 24 inspirations. Thorax toujours peu sonore, ronflement en avant dans toute l'étendue, et en arrière à droite ; râle sous-crépitant, en arrière à gauche. Crachats peu abondans ; nausées et vomissemens occasionnés par la toux ; ventre souple, non douloureux, gargouillement, deux selles liquides. Même prescription. Le soir, 100 puls. Epistaxis dans la journée, fournissant environ une once de sang. Céphalalgie peu marquée.

8 novembre. 96 puls., 4 selles pendant la nuit. Du reste, l'état est à peu près le même. Le soir, 104 puls., 2 selles dans la journée. Respiration plaintive. 32 inspirations. Saignée de 8 onces.

9 novembre. Grande agitation et délire pendant la nuit. Abattement, inquiétude ; la percussion du ventre donne un son tympanique. On sent un peu de gargouillement dans les fosses iliaques. 2 selles liquides. Tremblement des membres pelviens. 104 puls. Même prescription que les jours précédens.

10 novembre. Mêmes symptômes, avec un peu plus de faiblesse. Eau de Sedlitz, 2 verres. 2 vésicatoires aux jambes. 20 sangsues derrière les oreilles. Le soir, 104 puls. 36 insp. On constate l'existence de 2 à 3 taches rosées lenticulaires sur le ventre.

11 novembre. Mêmes symptômes. 5 à 6 selles liquides. 100 pulsat. 25 insp. Même prescrip. Entretenir les vésicatoires.

12 et 13 novembre. Mêmes symptômes. Le nombre des taches lenticulaires augmente. Elles deviennent plus manifestes. Le ventre n'est plus douloureux, et n'offre plus de gargouillement à la pression. Orge vineuse, etc.

14. Un peu de douleur à l'épigastre et dans la région ombilicale, 5 à 6 selles, liquides, jaunâtres ; quelques nouvelles taches rosées, cédant sous la pression du doigt, sur les tégumens de l'abdomen. 104 à 112 pulsations, 32 inspirations. Le malade n'a pas pris d'eau de Sedlitz ; on fait sécher les vésicatoires des jambes. Même prescription. Large vésicatoire du côté droit de la poitrine.

15. Même état. Un peu de prostration. 104 à 108 pulsations. 36 inspirations. Même prescription. Vésicatoire du côté gauche du thorax. —

16. Même état. 116 pulsations.

17. 106 pulsations, 32 inspirations. Expression naturelle de la face. Transpiration assez marquée de la peau. On perçoit encore un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Deux selles diarrhéiques, quelques spasmes des muscles releveurs de la houppe du menton. Orge vineuse, décoction de quina édulcorée avec le sirop

de fleurs d'oranger. Entretenir les vésicatoires. Le soir 120 pulsations.

18. Sommeil ; plus de gargouillement ; 2 à 3 selles. Plus de toux, expectoration facile ; 100 pulsations, 32 inspirations ; chaleur halitueuse, transpiration au visage. Même prescription.

19. Mouvemens spasmodiques des commissures labiales. Coloration plus marquée du visage. Le thorax devient un peu plus sonore. Même prescription. Nouveau vésicatoire sur le thorax, à gauche latéralement.

20. Épistaxis ; œil brillant ; quelques taches lenticulaires ; ventre souple ; quelques selles dans la journée ; 108 pulsations, 36 inspirations ; thorax de plus en plus sonore ; expansion vésiculaire plus distincte, mêlée de ronchus, de sifflement, de râle muqueux ; respiration puérile en avant, à droite ; la crépitation existe toujours à gauche, en arrière. Un peu de sommeil. Même prescription. 3 tasses de bouillon de poulet.

26 novembre. Amélioration sensible des symptômes. La toux cependant est toujours assez fréquente. Il en est de même du pouls. Oxide blanc d'antimoine, au demi-gr.

30. On supprime les toniques et les expectorans. Gomme, julep simple, bouillon.

4 décembre. Pouls toujours fréquent (112 pulsations). 3 à 4 selles. Lavement opiacé, mucilagineux. Vermicelle, 3 bouillons.

2 janvier 1836. Le malade est toujours plongé dans un état adynamique prononcé ; la diarrhée persiste ; le pouls est toujours faible et fréquent ; la peau sèche et rugueuse ; le poumon engorgé dans sa partie postérieure ; l'expectoration abondante. On revient à l'emploi des préparations toniques unies aux astringens. Julep avec teinture de canelle. Lavement mucilagineux avec diascordium, (3 ij).

Sorti le 18 janvier, en voie de guérison, conservant cependant un grand amaigrissement, de la faiblesse et un peu de diarrhée.

Fièvre typhoïde. — Hémorrhagie intestinale. — Mort.

Julien, âgé de 20 ans, charretier, d'une constitution athlétique, ordinairement d'une bonne santé ; il habite Paris depuis dix-huit mois.

Le 17 octobre, sans cause connue et sans symptômes précurseurs, il est pris de frissons sans claquement des dents et sans tremblemens, qui durent environ trois heures. Une fièvre vive succède au frisson et les mêmes phénomènes se renouvellent le lendemain. Le malade ne quitte pas son lit. Le 20 octobre, douleurs dans le ventre, occupant principalement la fosse iliaque droite. — Le 23, jour de son entrée à l'hôpital, la diarrhée vient se joindre aux autres symptômes. Saignée du bras, de douze onces. Le caillot est couvert d'une couenne jaunâtre, assez épaisse ; il nage au milieu de la sérosité, et paraît peu consistant.

Le 24, à la visite de M. Rostan, le malade répond difficilement aux questions qu'on lui fait ; il accuse une vive douleur dans la fosse iliaque droite ; les lèvres sont sèches, fuligineuses ; la langue est également sèche, brunâtre à son milieu, d'un rouge vif sur les bords ; soif ardente, anorexie, déglutition facile, sans nausées et sans vomissemens ; ventre médiocrement tendu, douloureux à la pression ; pas de gargouillement notable, pas d'éruption à la peau. Trois selles pendant la nuit. Respiration assez difficile : 20 à 22 inspirations irrégulières, inégales. 124 pulsations régulières, assez développées ; un peu de toux sans expectoration ; sueurs pendant la nuit ; urines faciles, regard assez vague, décubitus dorsal, pas de prostration manifeste ; thorax également sonore en avant et en arrière, expansion vésiculaire simple, sans aucun mélange de râle ; le centre nerveux ne présente aucun phénomène. Diète, 30 sangsues à l'anus, limonade 3 pots, lavement émollient, cataplasme sur le ventre, bain. Le soir, sentiment de courbatures et faiblesses ; plusieurs selles diarrhéiques depuis le matin. 131 pulsations régulières, assez développées, ondulentes ; chaleur brûlante, sèche et âcre ; couleur terreuse de la face ; injection assez prononcée des tégumens. 24 inspirations incomplètes.

25 novembre. Aux symptômes précédens se joignent les suivans : délire pendant la nuit, lèvres et dents recouvertes d'un enduit muqueux ; langue brunâtre, fendillée ; ventre douloureux par la pression aux régions ombilicale et iliaque droite. 116 pulsations, 20 à 22 inspirations. Diète, orge miellée 3 pots ; eau de Sedlitz 2 verres ; lavement émollient. Cataplasme sur le ventre. Le soir, 124 pulsations ; chaleur de la peau assez prononcée ; 3 ou 4 selles liquides dans la journée.

26 novembre. Pas de délire pendant la nuit ; expression de tristesse et d'abattement de la face ; teinte brunâtre du visage ; une seule tache au-devant de l'hypochondre droit. 3 à 4 selles depuis la visite de la veille. 112 à 116 pulsations, 24 inspirations ; un peu de râle sonore et sec inférieurement. Diète, orge miellée 3 pots, une bouteille d'eau de Sedlitz, cataplasme. Soir : 116 pulsations, 7 à 8 selles dans la journée.

Le 27, l'état est à peu près le même, seulement on remarque un peu plus de prostration. Même prescription : deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 28, 3 à 4 selles ; râle sec et sonore plus prononcé à droite ; chaleur halitueuse de la peau ; 112 pulsations, 28 inspirations irrégulières suspirieuses. Quelques borborygmes ; soubresauts des tendons, prostration assez prononcée. Même prescription. Le soir, 128 pulsations, soubresauts des tendons ; les selles rendues dans la journée sont sanglantes.

29 novembre, délire pendant la nuit. Le thorax n'est plus aussi sonore ; expansion pulmonaire simple en avant, râle sibilant, abondant pendant les fortes inspirations en arrière. Ventre ballonné, tendu, douloureux aux régions ombilicale et hypogastrique ; un peu de gargouillement vers l'ombilic ; selles liquides, jaunâtres, en nombre indéterminé ; prostration progressive. L'éruption lenticulaire n'est pas plus abondante. 116 pulsations moins développées que la veille, 22 inspirations. Le malade accuse de l'appétit. Même prescription : eau de Sedlitz un verre. Le soir, 112 pulsations petites, irrégulières ; quelques soubresauts des tendons ; 28 in-

spirations; chaleur douce de la peau. Une selle depuis le matin, non sanglante.

30 novembre. La gravité des symptômes augmente On suspend l'emploi des purgatifs. Vésicatoires aux jambes.

1er décembre. Sept selles depuis la veille. Le malade se découvre continuellement. La face est abattue, sans expression ; les yeux sont un peu injectés ; les soubresauts persistent ; il y a eu du délire pendant toute la nuit. Lavement mucilagineux fait avec l'amidon et la gomme adragante. Cataplasme, bain. Le soir, agitation extrême, mouvemens spasmodiques de la face; 160 pulsations dépressibles, à peine sensibles. Vésicatoires aux cuisses ; décoction de kina, vin de Bordeaux.

2 et 3 décembre. L'état du malade devient de jour en jour plus grave. Le thorax présente un peu d'obscurité en arrière, à droite, et latéralement, expansion vésiculaire, peu distincte et mêlée de sifflement et de ronflement en avant, absolument obscure en arrière; respiration plaintive. Une sueur visqueuse couvre le visage. Prostration très-prononcée. 140 puls. 32 insp. Voix puérile. Décoct. de kina ℥ ij. Inf. d'anis ℥ iv. Camphre, gr. x. Vin de Bordeaux. Lotions chlorurées chaudes. Le soir, 148 puls. Soubresauts des tendons.

4 décembre. Face considérablement amaigrie. Yeux enfoncés dans l'orbite, et à demi fermés; bouche entre ouverte, lèvres et dents fuligineuses; dilatation des ailes du nez; carphologie; perte de connaissance, parole inintelligible, etc. Mort à deux heures après midi.

Autopsie 46 heures après la mort.

Raideur cadavérique. Saillie des muscles assez marquée.

Poitrine. Adhérences celluleuses entre les plèvres pulmonaire et costale, au niveau du lobe moyen, se prolongeant en arrière, où elles sont plus intimes. A gauche, une légère adhérence. Point d'épanchement ni de pus. Poumons violacés partiellement. Adhérence assez prononcée entre les lobes supérieur et moyen ; engouement du lobe inférieur du côté droit. La pression du doigt en fait suinter une sérosité spumeuse, rougeâtre : point d'induration partielle; les bronches sont injectées, surtout vers leurs terminaisons.

Cœur flasque; concrétions fibrineuses dans le ventricule droit. (Cette concrétion est jaunâtre, comme opaline, ce qui fait supposer qu'elle a été formée avant la mort, et probablement dans les derniers momens de l'existence).

Abdomen. Le foie est volumineux, mou ; la vésicule est distendue par une bile noirâtre, assez visqueuse.

La rate a acquis un volume très-considérable, elle est molle, friable, gorgée de sang.

L'œsophage ne présente rien de particulier.

L'estomac présente une coloration grise, vers l'extrémité pylorique ; vers l'orifice cardia et le grande cul-de-sac, au contraire, la muqueuse est rosée; cette membrane est ferme partout. Un ver lombric est renfermé dans l'estomac ; la coloration pourrait bien résulter d'une imbibition de matière colorante provenant du foie; car elle n'occupe que les endroits qui correspondent à la glande hépathique. Les ganglions du mésentère voisins du cœcum sont rouges, tuméfiés, indurés, quelques-uns ont acquis le volume de grosses noisettes. La muqueuse du gros intestin est teinte de sang, par lequel est coloré l'entérotôme (la couche de sang occupe les six ou huit pouces inférieurs) ; au niveau du colon transverse quelques follicules de Brunner sont développés (la muqueuse est résistante, elle n'est ni boursouflée ni dépolie) ; au cœcum, la coloration ne diminue pas encore, cet intestin contient un liquide rouge foncé, et, de plus, des caillots ; sur la valvule, ulcérations énormes avec tuméfaction ; plaques de la largeur d'une pièce de deux francs ; la coloration diminue insensiblement en remontant dans l'intestin grêle. On trouve un lombric dans le jéjunum. Les reins sont pâles et fermes. On pourrait croire que chez ce sujet il y a eu simple exhalation sanglante, transsudation du sang à travers la membrane muqueuse. Faudrait-il insister sur cette opinion, dès le moment que les caillots occupent le cœcum? Les caillots sont violacés, noirâtres, peu résistans ; le sang peut avoir été assurément fourni par les ulcérations qui occupent ou avoisinent la valvule ; il peut avoir imprégné la membrane muqueuse de telle sorte, qu'en différens points elle soit violacée. Les deux suppositions semblent également admissibles. Il faut encore ajouter que, malgré des recherches attentives, on n'a point constaté des déchirures des vaisseaux.

Tête. Le cerveau est ferme, l'arachnoïde est légèrement infiltrée, aucune adhérence entre l'arachnoïde et les circonvolutions qui sont résistantes et lisses à leur surface. La substance cérébrale ne présente pas d'injection appréciable ; loin de là, elle semble, au contraire, assez pâle ; les ventricules ne contiennent qu'une quantité peu abondante de sérosité.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR CHOMEL.

Enclavement de l'utérus et rétrécissement du rectum.

Une femme, âgée de 23 ans, d'une santé très-faible, sur cinq grossesses, éprouva quatre fausses couches, qui ne produisirent aucun accident ; elle se plaignait d'une constipation qui datait de deux années. Quinze jours après sa dernière couche, cette malade ressentit des douleurs dans le bas-ventre, dans les cuisses, les aînes et les lombes. A son entrée à la clinique, elle offrait les phénomènes suivans : coliques à la région hypogastrique, sans selles, suivies de douleurs lombaires, se prolongeant dans les cuisses. Tous ces signes, et la position actuelle de cette femme font croire à une affection de l'utérus. Par le toucher, on trouve le museau de tanche entre ouvert, les lèvres volumineuses, la muqueuse utérine tuméfiée et mollasse ; la pression exercée sur le col est douloureuse, surtout quand on le soulève ; la main appuyée sur l'hypogastre, sent, dans l'espace compris entre le pubis et l'ombilic une tumeur

arrondie qui n'est pas dépressible ; l'orifice de l'utérus, au lieu d'être en bas, se présente en haut et en avant. Il est impossible de communiquer à l'utérus le plus léger mouvement ; la main, appliquée sur l'hypogastre, et comprimant le fond de la matrice, ne peut lui faire exécuter le plus petit dérangement. Cet organe, au lieu d'occuper la ligne médiane du petit bassin, est déjeté à gauche. Le doigt, dans le rectum, distingue, dans le côté gauche, une tumeur qui s'appuie sur le rectum et le sacrum ; on éprouve la plus grande difficulté pour vaincre la résistance qui existe à l'angle sacro-vertébral. La région iliaque gauche donne au toucher, des tumeurs bosselées, qui paraissent provenir des matières fécales accumulées dans l'*S* iliaque et dans le colon transverse. C'est ici le cas de faire une heureuse application de la percussion plessimétrique qui aurait détruit dans cette affection l'incertitude où l'on était de porter un bon diagnostic. Espérons que les praticiens ne tarderont pas à profiter d'un moyen aussi puissant pour reconnaître plusieurs maladies abdominales ; et que le plessimètre, instrument fort simple, sera indispensable aux médecins. Depuis quelques années, un grand nombre d'élèves suivent la clinique de M. Piorry, et tous sont émerveillés des beaux résultats qu'on obtient par un procédé aussi simple. Chez le malade de M. Chomel, à l'aide du plessimètre nous aurions obtenu un son mat, qui nous aurait démontré la présence d'un corps solide dans cette région. Or, comme il arrive très-souvent qu'à la suite de la constipation, les matières fécales acquièrent une dureté très-grande, nous aurions de suite diagnostiqué une accumulation considérable de matières dans le gros intestin. On a de plus la facilité de distinguer par le plessimètre la présence de peu de matière. Dans la pratique, on sait combien il est nécessaire pour un malade que le ventre soit libre ; aussi a-t-on le soin d'ordonner un lavement qui ne fait souvent rendre au malade que très-peu de matières ; puis l'on s'arrête. Si vous percutez l'abdomen, vous reconnaîtrez qu'il existe encore dans le gros intestin une agglomération considérable de matières fécales. C'est alors que vous pourrez obtenir, à l'aide des lavemens rendus purgatifs, ou, des laxatifs, de grandes améliorations dans plusieurs maladies.

Chez la femme qui fait le sujet de cette observation, M. Chomel avait ordonné un lavement qui ne produisit rien ; on fit prendre un purgatif à la malade, qui remplit deux grands bassins de matières fécales. Depuis cette évacuation, les matières maronées, que l'on sentait dans la région iliaque gauche, les jours précédens, n'existaient plus. On s'est assuré, par le toucher, que l'immobilité de l'utérus ne dépendait que de l'amas des matières fécales. Tous les signes inflammatoires avaient disparu ; plus de douleur ; la muqueuse utérine est à peine tuméfiée ; la sensibilité, la tumeur et la résistance que l'on éprouvait dans le rectum, n'existent plus, depuis les dernières évacuations. L'utérus occupe la ligne médiane, quoiqu'il soit placé ordinairement un peu plus à droite ; l'intestin occupe le côté gauche. Quand on introduit le doigt dans le rectum, le plus haut possible, on éprouve un resserrement, sans distinguer de tumeur ; de sorte qu'à l'angle sacro-vertébral, il y aurait eu des adhérences dans le péritoine, consécutives à l'inflammation de cette membrane. Ensuite l'utérus, immobile par le rétrécissement du péritoine qui forme les ligamens, peut bien agir sur le rectum, en gênant la dilatation, ce qui explique l'accumulation des matières fécales, et la constipation habituelle de cette femme, depuis plusieurs années. Cette maladie se rattache à une péritonite, qui aurait produit des adhérences entre l'utérus, l'intestin et le rectum ; comme tous les signes inflammatoires on disparu, les antiphlogistiques seraient inutiles et même nuisibles chez une femme d'une santé très-détériorée ; un régime doux, et si la constipation se renouvelait plus souvent, on devrait chercher à dilater le rectum par des mèches. Pour combattre de suite cette affection, il faudrait donner des purgatifs, dont on proportionnerait les doses et l'énergie, d'après l'intensité et le danger de la maladie.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

SERVICE DE M. LOUIS.

Chorée.

Au n. 29 de la salle Saint-Charles, est couchée une jeune fille de quatorze ans, d'une faible constitution, et non encore réglée. A son entrée à l'hôpital, l'épaule et le bras gauches étaient agités par des secousses non interrompues ; les doigts de la main du même côté obéissaient aussi à des mouvemens désordonnés ; la prononciation était difficile et se faisait en bégayant : on diagnostiqua une chorée.

Le 20 janvier, M. Louis ordonna un demi-grain d'hydrochlorate de morphine, et dès le lendemain l'amélioration était sensible. Le 21, la malade prit trois quarts de grain du même médicament, et le 23 janvier l'épaule était presque immobile, le bras était faiblement agité, les doigts n'étaient plus soumis qu'à des mouvemens peu étendus et rarement répétés ; elle soulevait avec le bras malade des fardeaux beaucoup plus lourds qu'elle ne le faisait auparavant. Le 26, l'état de la malade est stationnaire. Elle a pris les jours précédens un grain d'hydrochlorate de morphine : la dose est portée à cinq quarts de grain. M. Louis est étonné de ce que la maladie est restée stationnaire ; il attribue cette circonstance à des impressions morales éprouvées par la malade.

Il n'a pas été possible de déterminer sous quelles influences la chorée s'était manifestée chez la jeune fille qui fait le sujet de cette observation. Elle assura n'avoir jamais éprouvé de frayeur, et c'est là une des causes les plus énergiques de la chorée. La jeune fille, il est vrai, n'a pas encore atteint sa première menstruation, et l'on pourrait croire que son état tient à cette circonstance. Les auteurs regardent en effet la chorée comme un

symptôme de puberté difficile ; mais il ne serait pas facile de prouver que ce n'est point là une simple coïncidence ; et les relevés statistiques les mieux faits démontrent que la chorée est aussi fréquente chez les personnes du sexe, de cinq à six ans, qu'au delà de cet âge. Sans doute, la chorée s'observe plus communément chez les filles que chez les garçons ; mais, puisqu'elle sévit surtout chez les enfans, on voit que cette différence est indépendante des orages de la puberté chez les filles.

M. Louis emploie toujours les opiacés pour combattre l'affection qui nous occupe, et il en obtient les plus heureux résultats. Il y a deux ans, il se présenta deux cas de chorée dans sa clinique ; c'étaient des enfans : on les laissa reposer pendant quelques jours, et ensuite on leur administra une demi-once de sirop d'opium : dès le lendemain l'amélioration était sensible, et dix jours plus tard, la guérison était complète.

On dit avoir obtenu depuis, de bons effets de ce médicament à l'hôpital des Enfans. Une jeune fille choréique contre l'affection de laquelle on avait employé les bains sulfureux, à l'hôpital des Enfans, fut amenée, il y a quelque temps, à la Pitié, et traitée par des opiacés. Les mouvemens furent immédiatement régularisés. En admettant, avec les auteurs, que la chorée a son siége dans le cerveau, l'idée qui se présente la première, est d'employer pour la combattre des médicamens qui portent leur action sur cet organe. L'opinion que l'opium est un excitant, n'a point paru, à M. Louis, assez fondée pour l'empêcher de se livrer à des essais de *cette* substance, et il a eu à se louer de sa hardiesse.

Le siége précis de la chorée n'est pas facile à déterminer. MM Serres et Lisfranc pensent qu'elle a son point de départ dans les tubercules quadrijumeaux, et qu'elle dépend même de l'inflammation de ces parties. D'autres prétendent qu'elle est due à un ramollissement du cerveau ; mais si l'on fait attention que la chorée a rarement des suites funestes, qu'elle guérit souvent spontanément, et quelquefois subitement, à la suite d'une immersion dans l'eau froide, on se demandera comment un ramollissement du cerveau serait si benin et capable de se dissiper quelquefois subitement. Il n'y a sur ce sujet que doutes et incertitudes.

Colite.

Au n. 10 de la salle Saint-Paul, est un homme de 36 ans, frotteur, d'une constitution forte, malade depuis 12 jours. La cause de son affection est la suivante : étant en sueur, il a bu de l'eau très-froide ; de là, frisson, colique et diarrhée, puis un peu de céphalalgie et une grande faiblesse. A son entrée à l'hôpital, il présente l'état suivant : l'intelligence et les sens sont bons, 60 pulsations par minute, courbature, point de *sudamina* (un demi-quart lavement de lin avec douze gouttes de laudanum) ; la diarrhée cesse, la chaleur est normale, il reste une légère courbature. Le 26 janvier, il est guéri.

M. Louis saisit l'occasion qui se présente chez ce malade, de faire quelques observations sur la colite. Dans le cas qui nous occupe, il n'y a eu ni vomissemens ni nausées, seulement des coliques et une légère diarrhée : le colon était donc le seul organe affecté. La faiblesse, il est vrai, était très-considérable, mais il faut savoir que la douleur est une cause de faiblesse extrêmement énergique : la diarrhée, qui n'est pas douloureuse, affaiblit peu. On a vu que les symptômes avaient brusquement disparu après l'administration du laudanum ; c'est qu'en effet, ce remède est d'autant plus efficace, que la colite est plus douloureuse. Sur 80 individus observés par M. Louis, affectés d'entérite et traités par les opiacés, un seul est mort.

M. Louis fait observer que dans un grand nombre de cas, les colites sont des inflammations très-légères, bien que la douleur et la diarrhée soient considérables ; il trouve la preuve de cette assertion dans la facilité avec laquelle ces affections disparaissent et dans le peu de symptômes généraux qui les accompagnent.

Colite et Pleurodynie.

Au n. 25 de la salle Saint-Charles, est une jeune femme de 33 ans, blanchisseuse, de médiocre constitution. La malade ressentit, il y a quelque temps, une douleur obtuse dans le trajet du colon transverse, sans diarrhée ni frisson. Ces symptômes persistèrent les mêmes, pendant huit jours, et alors, il se manifesta une douleur assez vive au côté gauche de la poitrine, dans la direction d'une perpendiculaire abaissée de l'aisselle ; les forces diminuèrent considérablement, et la malade se rendit à l'hôpital. Le 19 janvier elle présentait l'état suivant : Douleur dans le colon transverse, et au côté gauche de la poitrine dans un espace de quatre pouces de haut sur deux de large ; la langue est blanchâtre et humide, la respiration s'entend bien sur tous les points de la poitrine, même au côté gauche ; les mouvemens du bras, de ce côté, ne sont pas douloureux, la percussion donne un son obscur à la région précordiale : (la maladie dure depuis 15 jours.)

Des cataplasmes émolliens ont été appliqués sur les points douloureux, des délayans ont été administrés, et ces moyens simples ont suffi pour amener une grande amélioration. Le 21 janvier, les symptômes ont diminué sur tous les points, et la convalescence est franche. Le 23, des douleurs se font sentir de nouveau dans le trajet du colon ; on administre l'huile de ricin, dans la supposition que ces douleurs sont dues à une accumulation de matières fécales. Des selles abondantes ont lieu, et la malade sort le 28, parfaitement guérie.

La douleur ressentie dans le trajet du colon transverse est, aux yeux de M. Louis, un indice d'inflammation de cet intestin ; mais, comme il n'y a pas eu diarrhée, ce célèbre praticien admet qu'il y a, dans ce cas, une inflammation latente. Nous avouons ne pas comprendre ce que l'on entend par *inflammation latente* du colon. Veut-on dire qu'elle est légère, dépourvue du groupe essentiel de symptômes qui la fait reconnaître habituellement? On pouvait alors se servir d'une ex-

pression plus facile à comprendre pour exprimer l'intensité de cette inflammation. Il serait sans doute difficile de prouver qu'il ne peut y avoir inflammation de la membrane muqueuse du colon, sans diarrhée, alors même qu'il y a colite aiguë. On sait qu'il y a une forme de la colite chronique, dans laquelle il n'y a pas diarrhée, si le malade est sobre et qu'il se nourrisse de substances végétales ou de viandes blanches. Rien ne prouve qu'il ne puisse en être ainsi de la colite aiguë. Mais si l'on fait attention que c'est le long du trajet du colon que se sont fait ressentir les premières douleurs, qu'il n'y avait aucun des autres caractères de la colite; que, plus tard, se sont manifestées des douleurs au côté gauche de la poitrine, douleurs qui ont été regardées comme rhumatismales, on se demande s'il ne serait pas possible que l'affection du colon eût son siége dans les parois musculaires de cet intestin, au lieu d'atteindre la membrane muqueuse, et qu'il y eût rhumatisme dans le colon, comme dans la région pectorale.

M. Louis a reconnu que les douleurs éprouvées sous l'aisselle étaient dues à une pleurodynie; et, à ce propos, il fait observer que les sangsues produisent un résultat heureux et immédiat, quand on les emploie contre un rhumatisme, siégeant, soit à la paroi de la poitrine, soit dans les parois de l'abdomen, et qu'il n'en est pas ainsi lorsque le rhumatisme affecte les articulations. Nous avons dit plus haut qu'on avait administré l'huile de ricin, dans la supposition que les douleurs, qui se faisaient sentir au colon dans les derniers temps, étaient dues à des matières fécales. Cette supposition s'est vérifiée; et, à ce sujet, nous ferons observer que la percussion plessimétrique aurait fait connaître avec certitude l'état de plénitude ou de vacuité de l'intestin. Pourquoi M. Louis ne l'a-t-il pas employée? C'est un devoir pour les hommes qui, comme M. Louis, font autorité en médecine, de mettre en usage tous les moyens qui peuvent éclairer le diagnostic. C'est ainsi qu'ils peuvent apprécier la valeur de ces moyens, en déterminer l'emploi, et préciser avec rigueur les circonstances dans lesquelles le praticien doit y recourir. Cette mission est d'autant plus dévolue à M. Louis, que sa longue expérience, la justesse de son coup d'œil, la sévérité de ses observations, l'éloignent à la fois des exagérations de l'enthousiasme et d'une critique systématique.

RAMEAUX.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR P. DUBOIS.

Dans l'espace de trente jours, sur quinze accouchées atteintes de métro-péritonite, neuf viennent de succomber dans le service des accouchemens de l'Hospice des Cliniques.

Déjà, dans la deuxième quinzaine de décembre, deux femmes avaient été atteintes de métro-péritonite; l'une, à la suite d'un accouchement dont la nature avait justifié l'invasion d'une si fâcheuse affection. L'enfant, monstrueux, présentait à la partie inférieure du siége, une tumeur d'un volume considérable, dont l'expulsion offrit beaucoup de difficultés. Cet accouchement fut aussi remarquable par l'issue d'une grande quantité d'eau; il y avait, en outre, une infiltration des parties génitales externes et des membres inférieurs, qui, sans doute, dépendait d'un état pathologique des organes génitaux, état qui disposait cette femme à l'inflammation intense à laquelle elle a succombé dans l'espace de sept à huit jours.

La seconde est accouchée très-heureusement, et dès le lendemain, les symptômes de la métro-péritonite se sont développés avec une telle intensité que le traitement le plus énergique n'a pu arrêter l'issue, devenue fâcheuse le troisième jour après l'accouchement.

Mais dans les vingt premiers jours de janvier, neuf accouchées succombent, à des époques très-rapprochées, aux redoutables accidens d'une métro-péritonite, qui, chez presque toutes, a présenté les mêmes caractères, c'est-à-dire le même mode d'invasion, la même marche et les mêmes altérations organiques.

Cette affection se manifeste vingt-quatre heures après l'accouchement, annoncée par des frissons dans les régions lombaires et dorsales, suivis d'une douleur dans l'abdomen, tantôt du côté droit, tantôt du côté opposé, sensible à la pression, et surtout, par les efforts d'une toux dont presque toutes les malades sont affectées. Bientôt une chaleur vive, la tension des parois abdominales, la rapidité du pouls, en même temps petit et dur, des nausées, des vomissemens de matières jaunâtres, du dévoiement, la suppression des lochies annoncent la période la plus intense de cette affection. La respiration devient plus pénible. Le pouls plus faible, plus fréquent, 130, 140 pulsations par minute; le ventre douloureux plus ou moins (ce symptôme est variable), toujours tendu, ballonné, très-développé. L'affaissement, la décomposition des traits de la face, un peu d'agitation, de délire, le plus souvent la conscience de l'état fâcheux dans lequel elles se trouvent (les facultés intellectuelles conservent, en général, toute leur intégrité), des faiblesses, des soupirs président à la mort qui termine cette scène pénible vers le troisième ou quatrième jour, avant que les symptômes de la fièvre de lait aient paru.

L'autopsie, chez toutes, démontrait, dans l'abdomen, du pus que recouvrait une abondante sérosité blanchâtre, parsemée de flocons. Le pus est d'autant plus consistant, qu'elles ont vécu plus longtemps; chez quelques-unes, on observe des adhérences entre les viscères abdominaux. Les organes génitaux internes sont le siége de fusées, de collections purulentes que contiennent sensiblement les vaisseaux lymphatiques pelviens et abdominaux, les sinus utérins dans le voisinage des ligamens larges et du col, les lames mêmes du tissu propre de l'utérus dans lequel on observe aussi, dans certains points, un épanchement, une infiltration puriformes.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans le cours de cette épidémie, c'est la rapidité de sa marche, que les soins et le traitement le plus rationnel, le plus énergi-

que, sous quelque forme qu'il soit employé, ne peut ni modifier ni arrêter.

Cependant, depuis le 20 janvier, cette épidémie est moins grave, et les femmes accouchées qui en sont affectées n'offrent que des symptômes légers, tels que fréquence dans le pouls, douleurs dans l'abdomen, diarrhée ; les lochies ont leur cours, la fièvre de lait est légère ; parvenues, presque toutes, au huitième, neuvième et dixième jours, elles donnent à espérer que cette affection est sur son déclin. Le traitement le plus simple et *presque hygiénique* suffit, en quelque sorte, maintenant, pour s'en rendre maître.

Les femmes enceintes n'ont pas été exemptes de cette influence, qui a déterminé chez elles des douleurs abdominales, de la diarrhée, des épreintes, etc.

La même épidémie a régné à l'hospice de la Maternité. Nous pourrons revenir plus tard sur ce sujet.

G. Souterre.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

FÉVRIER 1836.

Considérations pratiques sur le scorbut.

M. *Krebel*, médecin de l'hôpital des Marins à Kronstadt, a publié dernièrement un mémoire sur cette maladie, qu'il a eu l'occasion d'observer pendant longtemps dans toutes ses nuances.

Voici comment l'auteur considère cette maladie ; il lui reconnaît trois degrés ou stades.

Dans le *premier degré*, grand abattement ; aversion pour tout travail, grand penchant au sommeil ; épuisement remarquable après le moindre effort ; goût particulier pour des substances acides. Souvent on observe à la partie inférieure de la cuisse et aux mollets une dureté circonscrite ; le pouls est ordinairement lent et plein, sans la moindre dureté. Il survient peu à peu un dégoût assez marqué de toute espèce de nourriture ; augmentation de la faiblesse universelle ; quelquefois une affection des yeux. En général la maladie ne se développe que lentement, mais plus vite sur mer que sur terre. Le visage prend une couleur terreuse et se gonfle, la peau devient âpre, rude et furfuracée ; les gencives deviennent spongieuses ; les malades éprouvent un mauvais goût dans la bouche et exhalent une odeur putride. Quelquefois on observe de petits ulcères, près ou plutôt derrière la dernière dent molaire, et dont on attribue la cause à la mastication des biscuits durs. Très-souvent il se joint à ces symptômes une difficulté de la respiration et un sentiment d'oppression dans la poitrine. Les taches, les pétéchies, sont d'une rougeur violacée, plus ou moins grandes, quelquefois confluentes, en forme d'ecchymoses, et, dans ce cas, se changent facilement en ulcères. Les premières pétéchies se montrent toujours aux extrémités ou à la partie inférieure du dos, très-rarement à la poitrine et au ventre, jamais au visage ou aux mains. Les cicatrices d'anciennes plaies ou celles d'exanthèmes porrigineux, herpétiques et lépreux guéris, changent de couleur et deviennent ternes, d'un sale violacé. Très-souvent il se manifeste à la fois une tumeur œdémateuse des extrémités inférieures qui, commençant aux chevilles, ne s'étendent que lentement sur les extrémités inférieures.

Le *deuxième degré* commence par des douleurs caractéristiques dans les os, qui occupent principalement l'articulation du genou, et prennent quelquefois la forme d'un rhumatisme vague ; l'intensité des symptômes cités s'accroît, le pouls devient vide et lent ; la raideur des articulations et la dureté des parties molles augmente ; on observe des coliques, la diarrhée, ou de la constipation ; les gencives deviennent plus spongieuses, les dents se noircissent ; la difficulté de la respiration s'accroît ; il y a de la toux, des crachats pituiteux, purulens, mêlés à des stries de sang ; l'urine, dans les deux stades, est trouble et brune. A mesure que le mal fait des progrès, les forces des malades diminuent, de sorte qu'il n'est pas en état de faire le moindre mouvement musculaire ; il survient une paralysie des extrémités inférieures, des hémorrhagies des poumons, de l'estomac, du canal intestinal, et surtout des gencives et de l'arrière-bouche.

Dans le *troisième degré*, la maladie ressemble parfaitement au *typhus putridus*, et les symptômes de l'hydropisie commencent à se manifester. Les malades sont extrêmement épuisés ; des hémorrhagies continuelles et abondantes, jointes à des sueurs froides, visqueuses, et même sanguines, la paralysie universelle, des évanouissemens, la gangrène partielle, quelquefois d'extrémités entières, sans exulcérations précédentes déterminent enfin la mort.

Le scorbut est souvent compliqué d'exanthèmes chroniques, des différentes formes de la syphilis, d'hydropisies, de rhumatismes chroniques, de la fièvre intermittente, d'ulcères, de l'ophthalmie scorbutique, de la nyctalopie et de l'héméralopie. La guérison des ulcères s'opère toujours du centre à la périphérie, jamais, comme celle des autres ulcères, de la périphérie, au centre. L'ophthalmie scorbutique attaque toujours les deux yeux à la fois ; la nyctalopie et l'héméralopie cèdent au traitement général, sans qu'elles exigent un traitement particulier. Quelquefois il se joint aux symptômes du scorbut des affections pulmonaires, empreintes du caractère de la pleurésie, mais pourtant essentiellement différentes de la pleurodynie scorbutique.

Les *causes prédisposantes* du scorbut sont : 1° l'âge viril et l'âge avancé ; 2° des maladies, comme, par exemple, des hémorrhagies, des fièvres, la syphilis, des hydropisies, des exanthèmes chroniques, des diarrhées. On peut compter parmi les principales causes occasionnelles : 1° les troubles des fonctions de la peau, dont les suites les plus prochaines sont les dérangemens

de la circulation et de la digestion; 2° des influences atmosphériques; 3° des nourritures de mauvaise qualité; mais avant tout, l'abus des boissons spiritueuses.

La *durée* et la *marche* de la maladie ne sont pas toujours égales, et dépendent en général de la durée et de l'intensité de la cause occasionnelle. Les degrés moins avancés du scorbut et qui ne sont pas compliqués d'autres maladie, ne s'étendent pas au delà de 14 à 18 jours; quelquefois il reste un œdème des pieds, lequel cède bientôt à des moyens fortifians et diurétiques.

Thérapeutique.

La première indication est de recourir à un régime convenable : c'est pourquoi on doit faire observer la plus grande propreté; purifier l'air, surtout dans le fond de cale, au moyen de poudre ou de salpêtre, ou par les fumigations de *Kleis* (1); prendre soin d'avoir toujours sur les vaisseaux de la bonne eau, à laquelle on fera bien d'ajouter de temps en temps du vinaigre. Pour les grands voyages, il est indispensable d'emporter pour l'équipage une quantité suffisante de raifort, d'ognons et de choucroûte (2).

Les médicamens doivent être toniques et excitans : le raifort, les ognons, la vermiculaire brûlante, l'acide tartarique, dont 1 à 2 gros dans une livre de vin, car sans celui-ci il nuirait à la digestion : la décoction de malte, de bière, la mixture antiscorbutique, etc. Dans les degrés plus avancés on doit employer des infusions d'herbes amères et aromatiques, une décoction de quinquina avec une infusion de roseau aromatique ainsi que le fer et les acides minéraux. Les émétiques et les purgatifs, bien qu'ils soient souvent indiqués, doivent être administrés avec la plus grande précaution. Extérieurement on lave les parties avec du vinaigre ordinaire ou aromatique, qu'on doit employer tiède dans les ecchymoses et les tumeurs dures; mieux encore on se servira dans ces cas des remèdes spiritueux; dans l'œdème on joint ceux-ci à l'huile de térébenthine. On guérira les gencives spongieuses par l'emploi d'une décoction d'écorce de chêne avec ou sans acide hydrochlorique; et les ulcères développés aux environs de la dernière dent molaire au moyen d'une des compositions suivantes :

Rec. acid. hydrochlor., extr. amari, extr. lign. campech., tinct. myrrh. ana dr. 1/2, mellis commun unc 2 m.;

Rec. spirit. cochlear. 1 1/2, tinct. myrrh. et catechu ana dr. 1 1/2, extr. ratanh. scr. 1, pulv. alum. crud. dr. 1/2, mucilag. gomm. arab. 1 1/2, m.

(1) Rec. Kali sulfur. acid. unc. 18, plumb. acet. unc. 5, mangani oxydat. natio. dr. 26. D. Ces substances, dont chacune doit être bien triturée, sont mêlées et distribuées sur des vases plats. La quantité donnée suffit pour purifier l'air d'une chambre de 40 pieds carrés, et le développement de l'acide acétique dure pendant plusieurs jours.

(2) On a vu dans ce journal les bons effets de la pomme de terre crue dans cette affection.

Le traitement topique des ulcères scorbutiques est en général celui des ulcères putrides; l'acide pyroligneux entre autres se montre ici d'un bon effet. L'ophthalmie scorbutique exige, outre le traitement général, l'application de collyres astringens, ainsi que l'héméralopie et la nyctalopie celle d'herbes aromatique sèches. Si la syphilis se complique du scorbut, il faut traiter d'abord celui-ci; mais pour empêcher que la syphilis ne fasse trop de progrès, on doit administrer des mercuriaux. L'auteur recommande dans ce but le précipité rouge, sous forme de pilules, avec de l'antimoine cru, conjointement avec les acides minéraux, surtout l'acide nitrique à la dose de 1 à 2 gros sur 4 à 8 onces de miel, ou d'eau gommeuse dans les 24 heures. Dans les affections pulmonaires qui se compliquent du scorbut, on n'aura que rarement besoin de saigner; dans la plupart des cas, une dissolution de 10 grains d'émétique dans 6 onces d'eau d'arnica, des sinapismes sur la poitrine, et quelquefois des bains tièdes, suffiront pour les guérir.

Encore un mot sur la trachéotomie; par M. Marx.

Nous avons démontré par des faits, dans le pécédent numéro du journal, que les opérations de trachéotomie étaient presque toujours mortelles dans les cas de croup et d'œdème de la glotte; nous avons combattu l'opinion des médecins, qui prétendent que cette opération est un moyen de guérison auquel on peut avoir recours avec de grandes chances de succès, lorsqu'elle est pratiquée en temps convenable. Par opposition, nous avons démontré que les dangers de l'opération étaient presque nuls, lorsque l'opération était pratiquée pour extraire des corps étrangers engagés dans la trachée-artère. Cependant, comme cette dernière proposition, prise d'une manière trop absolue, pourrait induire, dans certains cas, les praticiens en erreur, nous croyons devoir rapporter une observation dans laquelle l'opération n'eut pas immédiatement tous les succès que l'on devait en attendre, mais qui cependant fut suivie de guérison.

Dans une autre circonstance, le malade avait succombé avant l'opération, et ce fait, de peu d'importance pour la question que nous allons débattre, est de quelque intérêt relativement à la rapidité avec laquelle la mort peut venir après l'introduction des corps étrangers dans les voies aériennes.

Il y a dix ans, on vint chercher Dupuytren pour voir un malade, qui, en mangeant, venait d'être pris d'accidens qui faisaient craindre qu'il ne succombât. Je l'accompagnai; et quand nous arrivâmes, le malade avait cessé de vivre. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes tous les sinus du cerveau gorgés de sang. Tous les organes étaient sains; mais la partie supérieure des voies aériennes était obstruée par un morceau de viande du volume d'une noix.

Haricot dans la trachée; trachéotomie; guérison.

Agathe Bourgeois, âgée de cinq ans, très-forte et bien constituée, entra à l'Hôtel-Dieu le 17 février 1821. La veille, cette jeune fille jouait avec son frère, qui, tenant un haricot dans l'une de ses mains, lui fit ouvrir grandement la bouche, et au même temps le lui lança dans le fond du gosier. Une inspiration brusque a lieu, le corps étranger est entraîné, il franchit l'ouverture supérieure du larynx et s'engage dans la trachée. Il en résulte à l'instant même une gêne assez grande dans la respiration. Bientôt la petite malade est prise de toux, d'étouffement; elle est menacée de suffocation; son visage devient successivement pâle, bouffi, rouge et bleuâtre, par suite de la stase du sang vers les parties supérieures, et du trouble apporté dans la respiration par la présence du corps étranger dans les voies aériennes. La première idée qui vint aux parens de l'enfant fut de la faire vomir: ce moyen ne fut cependant pas employé, on se borna à lui faire avaler de la mie de pain. En cela, on eut peut-être raison, car les secousses que produit un vomitif n'auraient fait qu'augmenter la congestion sanguine vers la tête et aggraver les accidens.

Cependant la gravité du mal augmente, M. le docteur Mirambeau est appelé. Il reconnaît la présence du corps étranger dans la trachée, soit par le récit des circonstances commémoratives, soit par les symptômes qu'il observe. M. Mirambeau pense qu'une ouverture pratiquée aux voies aériennes lui paraît le seul moyen à employer. Le lendemain matin, la malade est amenée à l'Hôtel-Dieu. Le professeur Dupuytren l'observe, et portant une oreille attentive, il entend comme une espèce de soupape qui s'élève et s'abaisse alternativement par l'effet des mouvemens de la respiration. Ce bruit résultait évidemment de l'impulsion que l'air communiquait au corps étranger. La respiration était très-difficile, râleuse, la voix altérée, la parole entrecoupée, la face violette, la toux fréquente et convulsive. Dupuytren pense qu'il n'y a pas un instant à perdre, et que s'il est un moyen de salut, il n'existe que dans la trachéotomie.

L'enfant ayant donc été placée convenablement, la tête renversée en arrière pour rendre le cou saillant, Dupuytren fit au-devant de la trachée-artère et sur la ligne médiane, avec un bistouri convexe sur son tranchant, une incision longitudinale qui s'étendait depuis un pouce environ du sternum jusqu'au cartilage cricoïde. On parvint bientôt au conduit aérien; une des veines thyroïdiennes fut ouverte, et fournit à l'instant, par l'effet des cris et des mouvemens que ne cessait de faire l'enfant, un jet considérable de sang noir. On se contenta, pour s'opposer à l'écoulement du sang, de comprimer pendant toute la durée de l'opération à l'aide du doigt d'un aide, porté dans l'angle inférieur de la plaie. Les premiers anneaux de la trachée furent d'abord divisés, puis d'autres, et ensuite tous les anneaux suivans dans l'étendue d'un pouce: à l'instant on put entendre un bruit remarquable, formé par une colonne d'air qui s'échappait avec force: le corps étranger ne parut pas. Pour agrandir l'ouverture et donner une issue plus facile, Dupuytren, à l'aide d'un bistouri boutonné, fendit l'anneau cricoïde. Cependant, quoi que l'on fît, bien que l'ouverture eût plus d'un pouce d'étendue, qu'on écartât les lèvres de la plaie, soit avec des pinces, soit avec une érigne, bien qu'avec de pinces droites ou courbes, introduites dans la trachée, on allât à la recherche du haricot, il fut impossible de le trouver. L'opération, en un mot, ne fut point couronnée de ce prompt succès tant vanté dans les livres, et on fut obligé de reporter la petite malade dans son lit: on appliqua sur la plaie un linge troué, enduit de cérat, par dessus de la charpie; une compresse et une petite bande assujettirent ce pansement. Pendant le reste de la journée et une partie de la nuit, la petite malade respira assez librement; elle n'éprouva, en un mot, aucune de ces crises violentes qu'on avait observées avant l'opération. On put croire alors, ou que le corps étranger, étant sorti brusquement, avait échappé à notre vue et à toute notre attention, ou bien que, chassé par une colonne d'air, pendant les efforts et les cris de l'enfant, il eût franchi l'ouverture supérieure du larynx et se fût engagé dans le conduit alimentaire.

Cependant, vers une heure après minuit, la petite malade est prise tout à coup d'une crise extrêmement violente qui, pendant plus de quinze minutes, la laisse sans pouls, sans mouvement, sans connaissance et sans voix; son visage, boursouflé, est violacé, ses membres froids, les veines cervicales considérablement gonflées. Le chirurgien de garde ayant été appelé, crut au premier abord que l'enfant n'était plus et que toute espèce de secours lui devenait conséquemment inutile. Néanmoins, il lui fit mettre quelques instans les pieds dans l'eau tiède; il enleva momentanément l'appareil qui recouvrait la plaie, afin d'en laisser l'ouverture tout à fait libre et perméable à l'air. Peu à peu, la petite malade reprit connaissance; le premier mot qu'elle prononça fut qu'elle avait senti son haricot remonter. Elle passa plusieurs heures dans un état assez tranquille. Vers les sept heures du matin, la toux recommença, mais elle fut moins forte. Dupuytren enleva de nouveau l'appareil, débarrassa la trachée de quelques mucosités qui se présentaient à l'ouverture, essaya encore inutilement d'écarter avec les pinces les lèvres de la plaie pour donner au corps étranger une issue plus facile. Des sangsues, au nombre de huit, quatre de chaque côté de l'incision, furent appliquées; elles produisirent une évacuation sanguine abondante. Je fus chargé de surveiller la malade. A dater de ce moment, jusque vers dix heures du matin, c'est-à-dire pendant l'espace de deux heures et demie, des crises violentes et ne laissant presque aucun intervalle entre elles se firent remarquer; à chaque instant on eût dit qu'elle allait expirer. Son teint était devenu pâle et noirâtre, son pouls insensible, sa voix était presque éteinte, ses membres agités de mouvemens convulsifs, ses yeux fortement contournés, sa respiration en quelque sorte intermittente; ses cris plaintifs se faisaient à peine entendre. Je fis met-

tre les pieds et les mains dans l'eau, j'enlevai l'appareil qui recouvrait la plaie, et la laissai entièrement à découvert. A ces divers symptômes, succédèrent pour tout le reste de la journée, un pouls petit et extrêmement accéléré, avec chaleur considérable et transpiration très-abondante répandue sur toute la surface du corps. A midi, on me fit dire de faire une nouvelle application de sangsues, mais l'état d'abattement dans lequel se trouvait la malade, la crainte de renouveler ses crises, la grande quantité de sang qu'avait fourni la première application, pendant plus d'une heure, me déterminèrent à n'en pas faire une seconde. A cinq heures du soir, une autre crise eut lieu; elle ne fut que passagère. Vers les six heures et demie, Dupuytren trouva la petite malade bien fatiguée et dans un état assez fâcheux. Elle commençait pourtant à être mieux qu'elle n'avait été pendant tout le temps que j'avais passé auprès d'elle. Comme elle n'était point allée à la selle, on lui fit donner en deux fois et à quatre heures de distance l'un de l'autre, un lavement composé de deux onces de miel mercurial dans une livre de véhicule (eau tiède). Deux évacuations alvines assez abondantes en furent le produit. Vers les onze heures et demie, je quittai la malade : elle semblait être dans un état assez bon; son sommeil était tranquille, elle respirait avec facilité. Elle dormit jusque vers les 4 heures du matin. Alors une assez forte quinte de toux eut lieu et dura à peu près cinq à six minutes : après quoi elle se reprit à dormir. Il est probable et même hors de doute que dans ce moment le haricot qui avait augmenté de volume, et qui, par cela même, offrait plus de prise à l'air, a été entraîné par lui et a franchi l'ouverture de la trachée.

Quoi qu'il en soit, vers les six heures et demie, m'étant transporté au lit de la petite malade, je fus fort étonné, mais en même temps très-satisfait d'apercevoir le corps étranger dans l'appareil : il était ramolli, gonflé et avait augmenté beaucoup de volume. Je le saisis, et, dans ma joie, je courus le présenter à M. Dupuytren... L'état de l'enfant, qui dès ce moment a continué à être de plus en plus satisfaisant, atteste que le haricot n'avait point été mis là à dessein; il n'est, d'après ce qu'on voit, sorti de la trachée-artère que quarante-quatre heures après l'opération... Le lendemain les lèvres de la plaie ont été réunies au moyen de bandelettes agglutinatives; chaque jour l'ouverture se rétrécit, chaque jour elle est traversée par une moindre quantité d'air. Déjà la petite malade prend des alimens; on la promène; sa voix n'est en aucune manière altérée. Des boissons pectorales lui sont données pendant tout le cours de la maladie. Plus de crises, plus de gêne dans la respiration. Elle sort de l'hôpital, le 29 février, en voie sûre de guérison.

Huit jours après, j'ai revu cette enfant : elle avait repris ses jeux et ses amusemens accoutumés. Son amélioration s'était parfaitement bien soutenue; la petite cicatrice, située au devant du cou, et qui résultait de l'opération, n'était plus linéaire. En un mot la guérison était complète. MARX, D.-M.-P.

—

PHARMACIE ET CHIMIE.

De l'emploi médical des sirops, et des falsifications dont ces médicamens sont l'objet; par M. VÉE, membre de la Société de Pharmacie.

Parmi les médicamens officinaux, il n'en est aucun d'un usage aussi commun, aussi habituel que les sirops; aucun qui exige du pharmacien plus d'habileté pour leur confection, de soins et de dépenses pour leur conservation; et il n'en est cependant pas de la bonne préparation desquels le public soit moins disposé à lui tenir compte, habitué qu'il est à n'y voir qu'une marchandise vulgaire, livrée à la concurrence des confiseurs, des herboristes et des épiciers, chez lesquels, les classes peu aisées, surtout, vont les chercher de préférence; erreur fâcheuse, et l'une de celles qui contribuent le plus puissamment à la décadence dont l'art et la profession du pharmacien sont chaque jour de plus en plus menacés. Nous ne développerons pas ici toutes les tristes conséquences d'un tel état de choses pour la médecine en général, il est des vérités qui ne sont que trop bien senties par ceux qu'elles intéressent et dans lesquelles il est au moins inutile d'initier le public; mais nous nous proposons de livrer sur l'emploi médical des sirops, sur les falsifications ou substitutions dont les principaux d'entre eux sont l'objet, des considérations et des indications que nous croyons propres à atténuer le mal produit par les causes que nous venons de signaler, et que nous appliquerons successivement aux autres formes pharmaceutiques des substances médicamenteuses que nous en croirons susceptibles. Nous pensons devoir faire précéder par ces généralités la suite des observations du même genre que nous avons déjà présentées sur des médicamens particuliers.

Quoique nous voulions nous occuper ici d'une manière toute spéciale des sirops, nous ne donnerons pas la définition pharmaceutique de ce mot, nous pensons qu'elle n'est nécessaire pour aucun de nos lecteurs; nous rappellerons seulement qu'on a proposé dans ces derniers temps de lui substituer le nom de *saccharolés liquides*. Nous avons déjà eu occasion de dire combien nous regardions cette espèce de nomenclature systématique, si ingénieuse et si savante qu'elle soit en effet, comme dangereuse et peu applicable à la pharmacie pratique; elle est peut-être commode comme moyen de classification, mais, dans tous les cas, elle ne devrait pas sortir des traités spéciaux pour passer dans les formules faites auprès du lit du malade, à peine de toutes les chances d'erreur et de confusion qui peuvent en résulter.

Les sirops, à l'exception d'un petit nombre, dont les formules appartiennent à l'ancienne pharmacie galénique, et qui, par leur complication même, constituent, comme certains électuaires, un tout, un ensemble dont le mode d'action bien connu ne pourrait que difficilement être remplacé par d'autres médicamens; à cette exception près, disons-nous, les sirops ne sont

point des médicamens *essentiels ;* ils ne sont qu'une forme, une manière de conserver, de doser surtout les substances actives ou simplement altérantes dont ils portent ordinairement le nom.

Qu'importe en effet à l'action du médicament l'association de la matière sucrée qui constitue toujours le sirop ? Pour ceux qui s'administrent à très-petite dose dans d'autres véhicules, elle est même à peu près inutile comme moyen édulcorant. Le sirop offre seulement alors au médecin qui formule, un liquide commode pour atténuer par la dilution les propriétés énergiques de certains médicamens, pour les laisser sans trop de danger entre les mains des malades ou de leurs gardes, ou enfin pour en diviser convenablement la dose, dans les potions ou mixtures dont ils font partie intégrante : tels sont les sirops d'opium ou d'autres extraits actifs, ceux qu'on prépare avec les alcalis végétaux, l'acide hydrocyanique, certaines infusions, dissolutions ou teintures, etc. ; il nous paraît évident qu'il n'est aucun de ces médicamens qui n'eût pu être donné avec le même avantage sous une autre forme, sans la considération que nous venons d'indiquer.

Auparavant d'entrer davantage en matière, nous partagerons ici les sirops, relativement à leur nature et à leur usage médical, en trois classes, qui serviront de division à notre travail. Ce sont : 1° les sirops simples, contenant des substances actives ; 2° les sirops simples, peu actifs ; 3° les sirops composés. On sent, au reste, que de pareilles divisions, dont les limites se confondent facilement entre elles, ne sont applicables qu'à des généralités et que nous n'avons nullement l'intention de les présenter comme pouvant s'étendre à une classification régulière des genres et des espèces.

La plupart des sirops compris dans la première classe sont très-communs, très-usités, et se trouvent dans toutes les officines ou s'y préparent extemporanément avec facilité. Cependant, et en attendant que le nouveau codex ait réglé d'une manière immuable, si faire se peut, les proportions suivant lesquelles ils doivent être composés, le médecin en formulant, doit dans les occasions importantes, indiquer lui-même les doses qu'il désire être suivies ou le dispensaire qui devra être consulté, et, dans ce dernier cas, il est indispensable d'en désigner un qui soit d'un usage assez général pour pouvoir le trouver sans difficulté, car il n'arrive que trop souvent qu'il suppose, bien à tort, que la pharmacopée que le hasard ou toute autre cause ont amené sur les rayons de sa bibliothèque doit être entre les mains de tout le monde, et qu'il met, en s'y référant, le pharmacien dans l'impossibilité d'exécuter la formule donnée.

Le mieux est toujours, et surtout lorsque le temps ne permettrait pas de préparer exprès un sirop selon l'ordonnance, de s'assurer dans la pharmacie où elle doit être exécutée, des doses qui y ont été suivies pour le sirop prescrit. Il en est quelques-uns qui sont très-actifs et très-employés, dont les formules ne se trouvent cependant dans aucun recueil tant soit peu répandu, et nous citerons comme tels, les sirops de belladone, de jusquiame, de thridace : combien peu de praticiens connaissent-ils, en effet, la formule donnée pour le premier dans la pharmacopée prussienne d'Augustin ! celles que l'on trouve pour les deux autres, dans les additions au codex proposées par Fée, Rattier et Henry ! Ici l'usage ne peut même plus servir de guide : nous ne connaissons aucune règle plus généralement suivie que d'autre ; il est fort possible que les proportions employées pour ces sirops varient, selon les officines, du simple au décuple ; et cependant nous voyons souvent des médecins les prescrire à doses assez considérables, sans s'enquérir de ce que contient celui que le pharmacien donnera à leur malade.

Les bornes d'un article de journal ne nous permettent pas de nous étendre davantage sur ce sujet, nous espérons que nos observations suffiront pour prémunir nos lecteurs contre l'espèce de danger que nous avons voulu leur montrer ; nous allons maintenant indiquer sommairement les principales altérations ou substitutions que certains vendeurs de drogues se permettent de faire subir à la classe de sirops dont nous venons de nous occuper, et les moyens faciles qu'il est quelquefois possible d'employer pour reconnaître ces fraudes ; quoique le plus souvent, nous le disons avec regret, l'œil et le goût d'un pharmacien exercé à la pratique de son art puissent seuls les discerner dans certaines occasions. Citons maintenant quelques exemples :

On obtient par l'infusion des fleurs récentes de pêcher, ou mieux encore par l'expression de leur suc, un sirop légèrement aromatique, d'une odeur et d'une saveur agréables, fréquemment employé seul, comme un doux laxatif, ou ajouté comme adjuvant dans les potions purgatives ; nos fraudeurs lui substituent un sirop fait avec une décoction de séné, dont ils varient les proportions suivant le plus ou moins d'instinct que la nature leur a donné pour imiter un médicament par un autre, ce qui s'étend à d'assez larges limites. La saveur particulière au séné peut assez bien faire reconnaître cette substitution, pour le déguisement de laquelle, au surplus, on se donne rarement la peine d'imiter la teinte brune rougeâtre du sirop de *fleurs de pêcher.*

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà opposé longuement dans un article spécial des caractères particuliers au sirop *diacode* ou de *têtes de pavots,* et au sirop d'*opium;* de la confusion qui en est ordinairement faite, nous le rappelons seulement ici pour qu'on puisse s'y reporter au besoin.

Nous avons parlé aussi de l'introduction fréquente de l'*émétique* dans le sirop d'*ipécacuanha ;* ou même de sa substitution complète à ce dernier médicament. Nous ne saurions trop appeler l'attention des médecins sur cette grossière et dangereuse fraude que quelques gouttes d'une solution d'hydrosulfate alcalin versée dans le sirop soupçonné mettent si facilement à découvert.

On doit concevoir, d'après ce que nous venons de dire, toute l'attention avec laquelle doivent être surveillés d'autres sirops bien autrement dangereux encore

par leur active énergie ; tels sont : le sirop cyanique, les sirops de sels de morphine, etc. Quoiqu'il soit heureusement assez rare de voir des épiciers et des herboristes se mêler de préparer ou de vendre de tels sirops, graces à ce que le nom leur en est encore inconnu, cependant, comme nous avons eu des preuves inconcevables de leur outrecuidance, et qu'il est d'ailleurs d'autres établissemens qui abusent pour mal faire d'un titre plus légal, il ne sera pas rare de rencontrer ces médicamens préparés d'une manière plus ou moins défectueuse. Il n'est guère possible, cependant, de constater leur nature sans avoir recours aux agens chimiques et à des procédés assez compliqués, et nous renverrons à leur égard aux traités spéciaux sur cette matière, et surtout aux ouvrages de médecine légale qui devront être consultés si on avait conçu des soupçons sérieux sur un sirop de cette espèce.

Au surplus, nous dirons que s'il est toujours imprudent de s'en rapporter entièrement aux apparences, cependant elles ne doivent pas être non plus tout à fait négligées en ce qui concerne ces médicamens ; car le véritable pharmacien sait toujours leur donner un aspect extérieur que l'on peut regarder comme une garantie du soin qui a présidé à leur composition intime ; aspect que l'ignorance et la lésinerie que les spéculateurs que nous cherchons ici à démasquer apportent constamment dans la confection de leurs drogues n'ont jamais pu permettre de leur procurer.

On se rappellera que ces sirops bien préparés sont ordinairement, non-seulement limpides, mais absolument incolores ; et on aura encore à examiner si l'ancienneté de la préparation du sirop *cyanique* n'en a pas détruit l'odeur caractéristique et les propriétés médicales, ou si on n'a pas substitué à l'acide de ce nom, de l'eau ou de l'huile essentielle de laurier-cerise ou d'amandes amères ; si dans les sirops d'*acétate*, de *sulfate*, ou d'*hydrochlorate de morphine*, l'un de ces sels n'a pas été employé, pour l'autre, ni même si quelque préparation d'opium plus commune ne les a pas remplacés. A plus forte raison devra-t-on s'assurer de la préparation du sirop de *codéine*, substance si rare et d'un prix si élevé. Il nous a été affirmé que des accidens graves avaient eu lieu en province par suite de l'emploi d'hydrochlorate de morphine qu'un pharmacien avait reçu d'un fabricant de Paris, et employé de bonne foi comme étant de la codéine, substance dont les propriétés douces ne sauraient être composées aux mêmes doses pour leur énergie à celles du sel de morphine que nous venons de citer.

Les fraudes du même genre dont les sirops de sels de *quinine* peuvent être l'objet, quoique moins dangereuses, n'attireront pas moins l'attention du médecin curieux du succès de ses prescriptions.

Enfin, il est une autre espèce d'infidélité qui se commet assez communément dans la classe des sirops qui nous occupe ; c'est celle qui consiste à substituer au mode régulier de préparation, la simple addition de doses plus ou moins fortes d'une teinture alcoolique de même base que le sirop qu'on veut imiter, surtout lorsque cette base est susceptible de fournir une teinture d'une odeur, d'une saveur très prononcées. Les sirops qui en sont formés sont alors plus souvent que d'autres l'objet de cette espèce de falsification ; tels sont ceux de *gentiane*, de *safran*, de *valériane*, etc. Quelque préconisées qu'aient été dans ces derniers temps les extraits hydro-alcooliques qui forment la partie active des teintures ainsi employées, nous n'avons pas besoin de démontrer longuement les inconvéniens d'une pareille substitution : nous ajouterons seulement que ces sirops sont facilement reconnaissables en les comparant à ceux de même espèce, qui auraient été régulièrement préparés ; que d'ailleurs, ils ont toujours une saveur alcoolique plus ou moins marquée et assez souvent un aspect trouble ou opalin provenant de la séparation d'une partie des substances résineuses contenues dans la teinture.

Nous terminons ici cette première partie de notre travail ; dans un autre article nous poursuivrons nos observations sur les deux dernières classes de sirops que nous avons indiquées.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

FÉVRIER 1836.

Recherches sur les complications de la rougeole chez l'enfant.

Thèse de M. Boudin (Avril 1835).

Dans l'article rougeole du *Dictionnaire des sciences médicales*, et dans le même article du *Dictionnaire de médecine*, en vingt-un volumes, les éloges donnés aux observateurs anciens et modernes qui ont écrit sur cette maladie, appartiennent sans doute à la partie de leurs ouvrages qui traite de l'éruption proprement dite, car la plus grande lacune existe dans l'histoire des complications; il est facile de le prouver par un examen rapide des ouvrages écrits sur la rougeole. N'est-il pas évident qu'on ne peut éclairer cette partie de l'histoire de la rougeole qu'en constatant pendant la vie et après la mort l'état de tous les organes par toutes les méthodes d'exploration; or, c'est ce qui n'a pas été fait, et l'anatomie pathologique de la rougeole surtout a été complétement négligée.

Depuis Rhazès, qui, le premier, a désigné cette maladie, jusqu'à Sydenham, qui a bien décrit la marche et les caractères de l'éruption, on ne trouve rien de précis sur les complications. Rien dans Hoffmann; rien dans Lazare Rivière, Stoll, les auteurs des actes des curieux de la nature, Huxam, Lepecq de la Clôture, les auteurs des actes de la société de Copenhague et de la collection d'Edimbourg.

Waston a observé deux épidémies : l'une en 1763, l'autre en 1768; la mortalité en fut assez considérable, quoique très-différente dans les deux cas; mais l'anatomie pathologique fut faite avec si peu de soin, que l'histoire des complications n'en a été aucunement éclairée.

Pinel observa une épidémie de rougeole, en 1799, à la Salpêtrière, et dans ses ouvrages on ne trouve que quelques lignes consacrées à ce sujet. Voici les seuls résultats de ses observations : Cinq des enfans atteints de l'épidémie de rougeole tombèrent dans le marasme, et à l'ouverture du corps de deux d'entre eux, on trouva les poumons et la trachée *gorgés de mucosités*. Chez un autre sujet, à l'autopsie on trouva le *carreau* et les trois quarts des deux poumons *rongés par le pus*.

Cette citation textuelle suffit pour démontrer que Pinel, par des faits aussi incomplets, n'a rien ajouté à la question dont il s'agit.

M. Gaspard Roux observa, en 1806 et 1807, une épidémie de rougeole, près Châlons-sur-Saône; il en a composé une monographie; mais dans cette monographie on ne trouve encore absolument rien de positif sur les complications. L'auteur rapporte des observations dont l'âge des sujets varie depuis quatre mois jusqu'à cinquante ans; comment peut-on comparer une même affection chez des sujets d'un âge si différent? D'ailleurs l'auteur, en faisant un ouvrage qu'il croit fondé sur l'observation, ne songe pas à rapprocher les faits pour en tirer les conséquences; il généralise d'après ses impressions et ses souvenirs.

Quant aux complications, elles n'ont été indiquées que dans huit cas, et ce sont l'*embarras stomacal, une fièvre gastrique, légère, une fois la pneumonie, une fois la fièvre adynamique*, et toutes ces observations sont rapportées en deux ou trois lignes. Les symptômes qui ont servi à diagnostiquer la fièvre adynamique furent la prostration, la diarrhée, la sécheresse de la langue, le sujet ne fut pas ausculté ni percuté; on ne décrit pas les crachats; il est dit tout simplement : Le sujet succomba, et l'autopsie n'en est pas faite. Or, comment peut-on faire entrer de pareilles observations dans une analyse de faits?

En 1809, M. Campagnac observa, à l'hôpital des Enfans, une épidémie de rougeole; il énonce très-légèrement les symptômes; quant à l'anatomie pathologique, voici ce qu'on trouve dans son mémoire : « Quelques cadavres furent ouverts (on ne se donne pas la » peine de noter le nombre, comme si cela était peu » important), on trouva la muqueuse du larynx et de » la trachée rouge; les vaisseaux cérébraux, le cœur, le » foie étaient gorgés de sang et volumineux; trois enfans avaient les poumons hépatisés en plusieurs points; » l'inflammation du foie était évidente sur un quatrième. » Ainsi, on n'a pas ouvert l'intestin. Il faut avoir une bien singulière idée de la médecine pour croire qu'il est utile de livrer à la publicité les résultats d'observations aussi incomplètes.

M. Guersent, dans l'article rougeole du dictionnaire en vingt-un volumes, parle des complications d'une manière bien vague encore : ainsi, il dit qu'on rencontre la pneumonie, l'inflammation du canal intestinal, le pseudo-croup; mais il ne décrit aucune de ces altérations, il ne rapporte aucune analyse de faits. La pneumonie était-elle simple ou double, avec ou sans pleurésie, avec ou sans épanchemens? son siége, le degré d'hépatisation, la durée de la maladie? qu'entend-on par inflammation du canal intestinal; quel était le siége précis, l'étendue de cette inflammation, le degré de consistance, d'épaisseur de la membrane muqueuse? Toutes ces choses sont entièrement négligées.

F.

C'est pour suppléer à une partie de ces omissions que M. le docteur Isidore Boudin a choisi la rougeole pour sujet de sa thèse inaugurale (avril 1835). Ayant recueilli des observations de rougeole à l'hôpital des Enfans malades, M. Boudin, ancien élève de M. Bretonneau, ancien interne de M. Louis, analysa tous les symptômes observés pendant la vie et toutes les altérations trouvées après la mort.

Ses observations furent suivies sur des enfans généralement de bonne constitution, âgés de deux à sept ans, et venant principalement de la maison de la rue de l'Oursine, où l'administration des hôpitaux avait recueilli les orphelins dont les parens avaient péri dans le choléra de 1832.

M. Boudin a trouvé, qu'en général, les caractères de la rougeole sont plus tranchés chez les enfans que chez l'adulte, ce qui tient suivant lui à la blancheur et à la finesse de la peau. « Les parties qui étaient le siége de » l'éruption étaient couvertes d'un grand nombre de » taches, plutôt rouges que roses, irrégulièrement ar- » rondies, laissant entre elles de petits intervalles où » la peau était saine. Dans aucun cas, lors de l'entrée » des malades à l'hôpital, l'éruption n'occupait toutes » les parties du corps, mais seulement la face, le cou, » le thorax et les membres supérieurs. Le lendemain, » elle avait envahi toutes les autres parties du corps ; » chez huit sujets, du deuxième au troisième jour de » l'entrée à l'hôpital, les taches offrirent un aspect lé- » gèrement violacé, c'est-à-dire que l'éruption prit cette » teinte avant de s'effacer complétement ; chez deux » autres, ce changement s'opéra du quatrième au cin- » quième jour. »

Assurément, il est impossible de méconnaître à cette description la rougeole, telle qu'elle est décrite par les bons observateurs. Il faut louer l'auteur d'avoir mis ainsi le lecteur à même de juger par lui-même si effectivement, c'est de la rougeole dont on va l'entretenir, plutôt que de procéder par une simple assertion, en supposant l'éruption déjà si bien connue, qu'il ait été impossible que l'auteur se soit mépris sur ses caractères. Cette méthode de tout reprendre à chaque propos, n'est pas sans inconvénient; sans cesse elle fait tout comme si tout était à faire ; elle traite la science, comme si la science n'était pas ; recommence ce qui est fini, explique ce qui est expliqué, et perd souvent en d'inutiles développemens une analyse qui n'apprend rien. Mais il faut dire aussi qu'elle complète souvent ce qui était incomplet ; laisse à chacun son originalité ; donne à l'étude des sciences ce charme si vif dans les arts, de comparer les impressions diverses, que fait sur les esprits la vue d'un même objet ; cette méthode n'augmente-t-elle pas enfin les motifs de certitude, en augmentant le nombre des témoignages ?

Quoiqu'il en soit, exposons la partie vraiment neuve de la thèse de M. Boudin, c'est-à-dire l'histoire des complications de la rougeole.

M. Boudin a vu l'éruption rubéoleuse se compliquer, dans le tiers des cas, de sudaminas au cou, au ventre ; dans un cas, ces sudaminas étaient si abondans qu'ils couvraient toute la surface de la peau, sans laisser seulement un espace vide de la grandeur d'une pièce de vingt sous ; le plus grand nombre avaient le volume d'une grosse tête d'épingle.

Nous ajouterons que cette complication de sudaminas n'est point particulière à la rougeole; qu'elle a lieu dans presque toutes les affections fébriles des enfans, sans que nous puissions lui assigner encore par l'observation aucune valeur.

La fin de l'éruption, chez quelques malades, est signalée par la chute de l'épiderme en quelques parties seulement, autour des lèvres, des yeux et du cou. Ce phénomène est bien moins constant et bien moins remarquable qu'à la suite de la scarlatine. Ce n'est point une desquamation véritable, mais plutôt une défurfuration.

La peau, chez les sujets qui succombent comme chez ceux qui guérissent, reste longtemps sèche et râpeuse.

Une conjonctivite simple avait lieu dans tous les cas. Une fois, M. Boudin vit cette conjonctivite dégénérer en une ophthalmie purulente, qui, dès le troisième jour, avait produit la fonte de l'œil.

Observant, à l'hôpital des Enfans, à peu près à la même époque que M. Boudin, nous avons été plusieurs fois témoins de cet accident, dans le cours de la rougeole, mais beaucoup moins fréquemment que dans le cours de la variole. D'une autre part, nous pouvons assurer qu'un grand nombre des ophthalmies rebelles, si fréquentes chez les enfans, et qui quelquefois persistent pendant toute la vie, ont leur point de départ de l'éruption rubéoleuse.

Les enfans n'éternuaient qu'au début de la maladie ; mais dans les cas graves, les ailes du nez étaient dilatées par l'inspiration et leurs bords libres excoriés, ce qui a lieu dans presque toutes les maladies graves des jeunes enfans.

Les lèvres étaient aussi souvent excoriées et tapissées par une couche sanguine, desséchée et noirâtre.

M. Boudin a mis un soin particulier à examiner l'isthme du gosier, ce qui est assez difficile chez les enfans. Il a trouvé que la paroi postérieure du pharynx et le voile du palais étaient toujours d'un rouge vif ; les amygdales tuméfiées diminuaient notablement l'espace qui les sépare; nulle trace de fausses membranes en aucun point; la déglutition des liquides avait lieu dans tous les cas sans régurgitation.

J'ai examiné ces parties, dit l'auteur, avec d'autant plus de soin que je voulais savoir s'il ne serait pas possible de découvrir dans la membrane muqueuse qui les tapisse les caractères de l'éruption existant à la peau ; il m'a été impossible de distinguer aucune tache.

Notre observation sur ce point n'est point entièrement d'accord avec celle de M. Boudin, car nous avons trouvé, non-seulement qu'il existait des taches bien visibles sur la voûte palatine, de même qu'il existe sur cette partie des pustules dans la variole ; mais en outre, nous avons fréquemment noté, sur les gencives inférieures, principalement autour du collet des dents, une fausse membrane blanchâtre très-distincte, quoique très-mince, qui

s'enlevait par le frottement. Cette fausse membrane n'est point particulière à la rougeole, car elle se retrouve en d'autres maladies aiguës, mais elle est plus marquée dans la rougeole.

Nous avons noté souvent quelque chose de tout à fait semblable sur la membrane muqueuse qui tapisse la vulve des petites filles ayant la rougeole.

La voix avait un caractère particulier à la rougeole; elle était rauque, stridulense, à tel point, qu'à l'entendre, on peut déjà soupçonner la maladie, surtout dans les premiers jours de l'invasion.

La toux, sans expectoration dans tous les cas, était très-fréquente; dans un seul, elle eut un caractère particulier : elle se montrait d'abord avec dyspnée, menaces de suffocation et un timbre rauque, mais qui ne ressemblait pas aux aboiemens d'un chien; la respiration était sifflante dans l'inspiration comme dans l'expiration; mais chez ce sujet il y avait complication de fausses membranes dans la trachée et à l'origine des bronches seulement.

Le nombre des inspirations a varié de trente-six à soixante par minute.

En général, dès le début, il existait des deux côtés de la base du thorax et en arrière un râle sous-crépitant à petites bulles, chaque fois que M. Boudin a pu ausculter les malades dès les premiers jours.

Quand le catarrhe pulmonaire dégénérait en pneumonie, le râle sous-crépitant était remplacé par la respiration bronchique et la bronchophonie; dans les mêmes points où ces signes étaient perçus, la percussion donnait un son mat. Mais M. Boudin remarque que jamais au niveau de l'hépatisation pulmonaire la matité n'était pas aussi complète que chez l'adulte.

M. Boudin n'a pas essayé d'apprécier à quelle époque de la maladie survient la pneumonie, dans quels cas elle est le plus à craindre, et quelle en est la marche. Cette recherche est pourtant l'une des plus importantes qu'on puisse se proposer dans l'étude de la rougeole. Nous ne la croyons pas hors de la portée de l'observation. C'est pourquoi nous avons essayé, d'après nos observations particulières, de suppléer à cette lacune; et sans donner des chiffres positifs, nous pouvons établir que la pneumonie de la rougeole se manifeste d'ordinaire du cinquième au sixième jour après l'éruption; que la durée des prodrômes de l'éruption ne paraît avoir aucune influence sur le développement de cette complication; que l'intensité de l'éruption plus ou moins grande, sa disparution subite, n'ont pas une influence aussi fâcheuse qu'on le dit, ou du moins que ceci n'est point d'une observation frappante. En général, cette pneumonie est double, sa marche est très-lente; elle n'entraîne la mort qu'après vingt-cinq ou trente jours, et c'est probablement cette circonstance qui a fait croire que la rougeole favorisait le développement des tubercules.

Or, nous nous croyons aujourd'hui autorisés à soutenir qu'il n'y a dans la science aucune proposition plus hasardée que cette prétendue influence de la rougeole sur le développement des tubercules.

Ainsi, M. Boudin n'a trouvé que trois fois des tubercules sur une douzaine d'enfans.

Que si ce nombre paraît peu considérable, j'ajouterai que dans une analyse de quatre-vingts cas de rougeole, faite par moi, sur trente-huit cas suivis de mort, je n'ai trouvé que huit fois des tubercules, ce qui assurément ne dépasse pas la proportion dans laquelle on trouve les tubercules sur n'importe quelle série d'enfans ayant succombé à d'autres maladies. Cette proportion moindre des tubercules, chez les enfans qui succombent à la rougeole, est concevable, car les enfans pris de rougeole sont ordinairement sains et souvent robustes.

En outre, dans les cas où il existait des tubercules, ces productions morbides n'étaient pas plus ramollies à la suite de la rougeole que dans d'autres circonstances; ils n'étaient pas plus nombreux, et le tissu pulmonaire autour n'était pas plus malade.

La pleurésie ou la pleuro-pneumonie compliquent assez fréquemment la rougeole : six fois sur douze, suivant M. Boudin. Cette complication est reconnaissable par la percussion, car l'égophonie est rarement appréciable chez les enfans; elle est beaucoup plus grave que chez l'adulte, car la mort a lieu dans la majorité des cas.

Les caractères anatomiques de la pleurésie ou de la pneumonie, suite de la rougeole, n'offraient rien de particulier.

A la suite de pleurésies observées par M. Boudin, l'épanchement existait quatre fois à gauche, deux fois à droite. Dans un seul cas, la pleurésie était double.

Le liquide épanché variait de deux à six onces. Il était jaune-vardâtre, analogue pour la consistance à la purée très-claire, mêlé de flocons jaunâtres amorphes nageant dans son intérieur.

La plèvre était recouverte dans la plus grande partie de son étendue par une fausse membrane d'une demi-ligne d'épaisseur, partout d'un jaune-paille, d'un aspect tomenteux, très-molle, facile à enlever par lambeaux de huit à neuf lignes. La plèvre sous-jacente avait perdu complétement sa transparence, sa couleur était d'un rouge vif et l'on distinguait parfaitement à sa surface une injection capillaire très-marquée.

La pneumonie avait lieu neuf fois sur douze. Elle était double dans sept cas : une fois à droite et une fois à gauche.

Dans tous les cas, sauf un, l'inflammation marcha de bas en haut; c'est-à-dire que les lobes inférieurs étaient le plus généralement affectés, quelquefois le lobe moyen et rarement le lobe supérieur.

Du reste, l'hépatisation pulmonaire offrait les mêmes caractères que dans la pneumonie simple, telle que nous l'avons décrite (voyez le numéro de septembre). Il est seulement très-remarquable que l'hépatisation grise ne fut pas très-fréquente malgré la marche en général chronique de ces sortes de pneumonie.

Il était assurément fort curieux d'examiner l'état de la membrane muqueuse bronchique et trachéale, afin de compléter l'histoire du catarrhe pulmonaire qui est la complication de la rougeole. Aussi, M. Boudin s'est-il bien gardé de négliger ce genre de recherches.

Ainsi, il a rencontré dans les bronches de tous les su-

jets ayant succombé, un mucus blanchâtre ou légèrement jaunâtre, plus ou moins aéré, assez abondant, d'une vicosité très-médiocre, facile à détacher de la muqueuse bronchique par un simple filet d'eau ; jamais il n'a trouvé, même dans les cas de pneumonie, rien de semblable aux crachats rouillés, visqueux, demi-transparens qu'on trouve chez les adultes.

La membrane muqueuse était d'un rouge vif ; la rougeur était moins vive vers les dernières ramifications bronchiques ; elle était dans tous les cas plus épaisse que dans l'état normal, finement arborisée ; les arborisations persistaient dans les lambeaux qu'on enlevait ; sa consistance était très-diminuée ; elle cessait très-promptement et ne permettait pas qu'on enlevât des lambeaux de plus de deux lignes.

Dans un cas, entre la base des cartilages arythénoïdes, dans l'espace qui sépare en arrière les deux cordes vocales inférieures, on voyait une ulcération de deux lignes d'étendue transversalement et d'une ligne de haut en bas. Le fond en était grisâtre, les bords irrégulièrement arrondis ; la muqueuse complétement détruite ; le tissu sous-muqueux était évidemment épaissi. Les cordes vocales supérieures offraient environ le double de leur épaisseur ordinaire : elles étaient comme œdémateuses.

Dans un autre cas, outre la rougeur et l'épaississement, il existait dans la trachée, à un pouce au-dessous du cartilage cricoïde, une fausse membrane blanchâtre, de forme cylindrique, adhérente en haut, flottante en bas, de l'épaisseur d'une demi-ligne environ et d'un pouce de longueur. A l'œil nu, nous n'avons pas découvert de ramifications vasculaires dans son intérieur ; la muqueuse sous la fausse membrane était d'un rouge plus vif que dans les autres parties, avec un aspect pointillé à sa surface. A l'origine des bronches se trouvait encore une autre fausse membrane absolument de la même nature, de deux lignes de largeur sur quatre de longueur et d'une demi-ligne d'épaisseur. Les bords en étaient déchiquetés et fort adhérens à la membrane bronchique.

Après les complications fournies par les altérations des organes respiratoires, viennent celles qui dépendent du tube intestinal.

Rarement les enfans vomissent dans le cours de la rougeole. M. Boudin n'a observé ce symptôme qu'une seule fois chez un enfant qui avait beaucoup d'ascarides lombricoïdes.

L'anorexie est assez prononcée dans les premiers jours de la maladie, pour que les enfans repoussent les alimens qu'on leur présente. La soif est toujours vive.

La langue est généralement humide, sans rougeur, couverte dans toute son étendue d'un enduit blanchâtre.

La douleur épigastrique ne peut guère être appréciée, surtout chez les jeunes enfans.

Dans deux cas seulement, M. Boudin a constaté que le ventre était dur et météorisé.

Dans plus de la moitie des cas, il a trouvé qu'il y avait diarrhée dès le début.

Nous ajouterons que dans tous les cas suivis de mort. qui ont été observés par nous, trente-huit sur quatre-vingts, la diarrhée eut constamment lieu pendant les deux tiers de la maladie ; et dans plus de la moitié des guérisons, la diarrhée beaucoup moins abondante et moins opiniâtre, eut encore lieu pendant la convalescence.

Les altérations du tube digestif trouvées après la mort furent remarquables.

Ainsi, dans trois cas, M. Boudin a trouvé, dans la grande courbure, des ulcérations, au nombre de cinq à douze, dans chaque estomac. Ces ulcérations se présentaient sous la forme d'enfoncement ou de dépressions de la muqueuse, de deux à trois lignes de diamètre, rosées à leur pourtour, à bords affaissés ; la muqueuse était aux trois-quarts détruite dans son épaisseur ; entre les ulcérations la muqueuse avait un peu plus d'épaisseur que dans les autres points ; la consistance constatée par la traction des lambeaux était évidemment moindre que partout ailleurs. Le tissu cellulaire sous-muqueux était un peu épaissi et plus injecté au niveau des ulcérations. Dans deux cas, la muqueuse avait un aspect mamelonné ; son épaisseur était un peu augmentée, mais la consistance était très-bonne et sa coloration grisâtre.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle n'offrit que deux fois des altérations notables : c'étaient des portions de cinq à six pouces, injectées, épaissies et ramollies. Les follicules de Peyer, examinées avec soin, ont toujours été trouvées parfaitement saines. Il en était de même des glandes mésentériques.

Mais c'était la membrane muqueuse des gros intestins qui le plus souvent était malade. Comme M. Boudin, je l'ai trouvée rouge, épaissie et ramollie dans presque toute son étendue, tantôt criblée d'un grand nombre de petites ulcérations de demi-ligne à une ligne de diamètre, irrégulièrement arrondies, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, formé par le tissu cellulaire sous-muqueux, dans lequel, la muqueuse étant enlevée, l'ulcération se continuait sous forme de dépression. La muqueuse avait autour des ulcérations un degré d'épaisseur de plus que dans les parties voisines ; sa consistance était celle du mucus. Il était impossible d'enlever des lambeaux. Le tissu cellulaire était aussi un peu épaissi et très-injecté.

Dans quelques cas, nous avons trouvé des fausses membranes sur toute la surface de l'intestin, disposées en forme d'îlots, d'une étendue variable de trois à quatre lignes, plus ou moins irrégulièrement arrondies à leur pourtour. Ces fausses membranes étaient séparées entre elles par des intervalles où la muqueuse était d'un rouge vif ; elles avaient environ un quart de ligne d'épaisseur et n'adhéraient presque pas à la muqueuse sous-jacente. Celle-ci était rouge et épaissie.

Le foie, la rate et les reins n'ont jamais offert rien de particulier.

L'observation des symptômes pendant la vie et l'examen des organes après la mort n'a rien montré du côté de la circulation, les tuniques artérielles n'étaient point imbibées de sang.

Quoique quelques enfans eussent présenté du délire

au début de la maladie, ou bien un peu d'affaissement dans les derniers jours, le cerveau et ses enveloppes n'offrirent rien de notable. Ces organes parurent seulement injectés.

Jamais nous n'avons observé l'arachnitis comme l'une des complications de la rougeole. Dans beaucoup de Traités de pathologie, cette affection est bien indiquée comme étant assez fréquemment le résultat de la répercussion de l'éruption rubéoleuse. Je tiens de M. Louis, qu'il en est de même chez les adultes. D'après cet observateur, la rougeole serait, chez ces derniers, beaucoup moins grave que chez les enfans, car il ne se souvient pas d'avoir vu chez les adultes un seul cas qui ait été suivi de mort.

Nous signalerons encore, comme complication de la rougeole, l'anasarque, que nous avons observée une fois seulement sur quatre-vingt-quatre cas; la gangrène de la bouche deux fois, et surtout d'autres éruptions, notamment la variole, qui survient quelquefois après la disparution de l'éruption rubéoleuse, ou quelquefois même au beau milieu de cette éruption.

Ainsi, j'ai observé cinq fois la variole, survenant quinze ou vingt jours après la disparution de la rougeole.

Une fois seulement au milieu de cette éruption. Dans ce cas, les deux éruptions suivirent chacune très-distinctement leur marche particulière.

Cinq fois la variole succéda à la rougeole.

Deux fois à la scarlatine.

Nous n'avons vu qu'une seule fois la rougeole se répéter à quinze jours d'intervalle.

Cette succession des éruptions qui semblent, pour ainsi dire, s'appeler l'une l'autre, nous a paru fort remarquable. Mais si nous avons vu la variole succéder à la rougeole et la scarlatine, jamais au contraire nous n'avons observé que ces deux dernières éruptions se soient déclarées chez des sujets qui venaient d'être atteints de la variole.

En général, cette succession d'une éruption à une autre épuisait les malades et entraînait assez rapidement la mort.

Quant à la mortalité de la rougeole, elle fut de trente-huit sur quatre-vingt-quatre dans mon service. L'âge est la seule influence qui ait pu être appréciée.

Ainsi, nous trouvons, de deux à cinq ans, vingt-six morts;

De cinq à dix ans, onze morts;

Après dix ans, un mort.

Comme la pneumonie est sans contredit la complication qui, à la suite de la rougeole, entraîne le plus fréquemment la mort, nous pouvons conclure, en rapprochant cette table de mortalité de la table de mortalité à la suite de la pneumonie simple que la pneumonie simple ou compliquant la rougeole, est infiniment plus grave avant qu'après l'âge de six ans.

Un séjour antérieur dans l'hôpital, par conséquent, quelque maladie antécédente, était une circonstance défavorable. Les enfans qui se trouvaient dans ce cas succombèrent presque tous.

A l'Hôpital des Enfans, le traitement de l'éruption rubéoleuse n'offre rien de particulier; il consiste dans des soins hygiéniques et dans le repos. Quant au traitement des complications, notamment de la pneumonie, c'est le traitement antiphlogistique, saignées locales et générales. Mais nous ne pouvons que dire, avec M. Boudin : « Les évacuations sanguines n'ont modifié en rien » la marche de la péripneumonie; elle n'a pas rétro- » gradé un seul instant; chez ceux qui ont été saignés, » le mouvement fébrile a diminué un peu pendant quel- » ques heures seulement. »

Il y a des personnes qui blâmeraient M. Boudin de n'avoir donné que des résultats négatifs, par rapport au traitement, et qui l'accuseraient d'avoir négligé la thérapeutique, but principal de la médecine. Mais ceux qui considéreront combien il est difficile d'apprécier les effets d'un médicament, combien il faut bien connaître, avant les effets naturels de la maladie, sauront gré à M. Boudin de sa réserve et le loueront de ne point préconiser au hasard telle médication plutôt que telle autre.

Cette thèse est le commencement d'une bonne histoire de la rougeole. Mais le petit nombre de faits sur lesquels elle repose, exige nécessairement de nouvelles recherches, faites dans le même sens. Tous les points principaux de l'histoire de la rougeole y sont plutôt indiqués que résolus. Mais sachons gré à l'auteur de son travail tel qu'il est. Il faut un commencement à tout. Et si l'on avait ainsi procédé depuis des siècles, nos connaissances sur la rougeole ne seraient point aussi vagues et aussi bornées qu'elles le sont aujourd'hui.

E. Rufz, D.-M. P.

Professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris.

Du coton écru dans l'érysipèle. — Observations recueillies dans le service de M. Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine, professeur de clinique chirurgicale.

Obtenir des guérisons rapides par les moyens les plus simples et les moins douloureux, doit être le but constant d'une thérapeutique sage et raisonnée. C'est pour y parvenir que presque tous les corps de la nature ont été étudiés sous le rapport de leurs propriétés médicinales, et qu'on a varié à l'infini leurs formes pharmaceutiques, leurs doses, leur mode d'administration. Mais tous les agens médicamenteux ne sont pas entrés dans le domaine de la thérapeutique, à la suite de tâtonnemens incertains ou d'essais infructueux; et ceux-là seuls se présentent avec des chances de réussite, qui, couronnés d'un succès constant dans le traitement d'une maladie connue, sont appliqués au traitement d'une autre affection qui offre avec celle-là quelque analogie sous le rapport des symptômes ou des tissus malades. C'est cette idée qui a déterminé l'emploi du coton pour

la guérison des inflammations de la peau et surtout de l'érysipèle.

Le coton écru, qu'une proscription presque générale en France bannissait du traitement des plaies, est reconnu aujourd'hui comme le moyen le plus efficace dans les brûlures. Depuis que les expériences d'Anderson à l'hôpital de Glascow ont appelé l'attention des praticiens sur cette propriété du coton, il n'est aucun médecin qui n'ait eu à constater les effets toujours constans de cette substance. Pour nous, cette vertu médicatrice est tellement hors de doute que nous n'hésitons pas à l'appliquer dans toutes les brûlures quel que soit le degré de gravité qu'elles présentent; car des observations nombreuses recueillies soit dans les salles de clinique chirurgicale de l'hôpital de la marine, soit à bord des bâtimens de l'état, nous ont prouvé que le coton calme instantanément la douleur, autant dans les ustions superficielles de la peau, que dans celles qui, pénétrant profondément, occupent toute l'épaisseur du derme, et que si, dans ces dernières, il ne peut empêcher la suppuration et la chute des escarres, du moins il abrége beaucoup la maladie en diminuant les douleurs et en hâtant la formation d'une cicatrice unie et solide qui s'établit avec rapidité et en silence sous l'abri protecteur de la couche de coton qui recouvre la plaie.

Frappé de l'efficacité du coton dans les brûlures, et se basant sur l'analogie évidente qui existe entre l'inflammation de la peau produite par un corps incandescent et celle que la nature provoque à la périphérie dans l'érysipèle, M. Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine, essaya le coton dans cette dernière maladie, et ce sont les résultats constamment heureux qu'il en retire chaque jour, qu'il nous a permis de livrer au monde médical.

Le traitement général de l'érysipèle a peu varié, et les médecins de tous les temps s'accordent à dire que, suivant les tempéramens, les causes, la nature, le siége de l'érysipèle, la profondeur, l'étendue, l'importance des tissus envahis, il faut rester dans une sage expectation, ou déployer de bonne heure les moyens énergiques capables d'enrayer la marche d'une maladie quelquefois funeste. Aussi les saignées générales et locales, déplétives ou dérivatives, les vomitifs, les purgatifs, les boissons délayantes, forment-ils, sous tous les systèmes, la base d'une médication rationnelle de l'érysipèle. Mais il n'en est pas de même du traitement local, et malgré le nombre de topiques employés tour à tour, malgré des succès hautement annoncés, il est vrai de dire que ce traitement n'est fixé sur aucune base solide, chaque médecin ayant adopté celui qui lui a donné le plus de guérisons. Ainsi, pendant que les uns n'ont recours qu'aux émolliens et aux sédatifs, les autres emploient les répercussifs les plus violens.

Le vésicatoire sur le centre de l'érysipèle, pour enrayer sa marche en provoquant une sorte de crise par une suppuration artificielle;

La circonscription de l'inflammation opérée à l'aide d'une cautérisation des tégumens sains qu'on pratique soit avec le feu ou les caustiques, soit avec un vésicatoire en ruban ou la pommade de Gondret dont on entoure le siége du mal;

La cautérisation superficielle des tégumens enflammés qu'a proposée M. Larrey;

La compression adoptée par M. Bretonneau;

Les frictions mercurielles auxquelles MM. Ricord et Serre d'Alais accordent tant d'éloges;

Ont été tour à tour recommandés comme de puissans auxiliaires des moyens généraux dont ils ne dispensent jamais dans les cas graves, et qui, dans les cas simples, ne font que hâter une guérison qu'on aurait obtenue, un peu plus tard peut-être, par le repos, le régime et les boissons délayantes. La plupart de ces moyens sont d'ailleurs très-douloureux; le feu, les caustiques, le vésicatoire, peuvent laisser des cicatrices légères, il est vrai, mais indélébiles, et ne sauraient être appliquées que dans des cas extrêmes sur certaines parties telles que la face et le cou. Les onctions mercurielles répugnent par leur odeur et leur saleté, et peuvent être repoussées par des préjugés qu'il n'est pas toujours facile de détruire dans la pratique civile.

A tous ces topiques M. Reynaud vient ajouter le coton écru cardé. A des moyens d'une application douloureuse, d'une action énergique sur nos tissus, quelquefois fâcheuse dans ses effets, il substitue une substance molle, douce au toucher, d'un prix très-modique, qu'on a toujours sous la main, d'une application facile et sans douleur, qui ne peut avoir aucun inconvénient puisqu'elle n'est douée d'aucune propriété énergique, et dont l'action est si sûre qu'on peut à son gré éteindre et réveiller l'inflammation, la déplacer pour l'éteindre de nouveau, en supprimant ou en continuant son application. — Ici, comme dans la brûlure, le coton calme la douleur comme par enchantement; une chaleur douce et humide remplace ce prurit, ce fourmillement, cette chaleur âcre et mordicante qui doublent la douleur; peu à peu le gonflement diminue, la rougeur disparaît, la peau se détend, se plisse, et sans se couvrir de ces écailles furfuracées qui caractérisent la fin de l'érysipèle et qui persistent quelquefois longtemps; on y aperçoit à peine quelques légers lambeaux d'épiderme qui se détachent aussitôt. L'excitation générale cesse avec les phénomènes locaux, la fièvre diminue, s'éteint, et, dans les cas simples, les fonctions organiques rentrent dans leur *rythme* normal, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à d'autre médication. Ce qu'il y a de plus heureux dans l'action du coton, c'est qu'il convient également et produit des effets analogues quelle que soit la nature de l'érysipèle, idiopathique ou traumatique; quel que soit son siége, à la face, au tronc ou aux membres, quelle que soit la profondeur des tissus envahis: car les observations suivantes montreront que des érysipèles phlegmoneux ont été puissamment amendés, d'autres tout à fait arrêtés par la seule application du coton. Ce résultat ne doit point étonner, si, comme le pense M. Reynaud, le coton n'agit qu'en provoquant sur la partie malade une chaleur douce, une sorte de bain de vapeur qui y en-

tretient une température toujours égale, une humidité convenable, en privant la partie malade du contact de l'air et de la lumière, puissans excitateurs du système cutané. Le coton ne suffit pas dans tous les cas; il ne dispense pas plus que les autres topiques des moyens généraux, mais il leur prête un très-grand secours; il favorise, il hâte la résolution, et lorsque cette heureuse terminaison n'a pu avoir lieu, il sert encore à borner l'inflammation, à en arrêter les progrès en la circonscrivant dans les limites que le médecin veut bien lui imposer.

La manière d'appliquer le coton est très-simple. — On choisit du coton écru bien cardé, afin qu'il soit débarrassé de tous les corps étrangers qu'il contient quelquefois, et on en applique une couche assez épaisse pour priver complétement la partie malade du contact de l'air et de la lumière, en ayant soin que le coton dépasse de quelques pouces les bornes de l'érysipèle. Une compresse et quelques tours de bande simplement contentifs maintiennent l'appareil : à la face, un masque en toile, ou deux mouchoirs placés l'un sur les parties latérales, l'autre sur la face remplissent parfaitement le but.

On enlève l'appareil toutes les vingt-quatre heures pour juger de ses effets, ou bien on le laisse pendant toute la durée du traitement, s'il n'y a pas d'indication contraire. Si le coton adhérait trop fortement à la peau, dans les cas où il y a un peu de suintement, on le détacherait en appliquant par dessus un cataplasme émollient.

Quelques observations donneront plus de poids à ce que nous venons d'avancer.

Observation Ire. — *Erysipèle à la face.*

Marcon (Jean), matelot de troisième classe, entre à l'hôpital le 5 janvier 1833, atteint d'un érysipèle à la face, qui date de six jours et que l'on ne peut attribuer à aucune cause appréciable. Toute la face est envahie, les yeux sont clos, le cuir chevelu seul est intact. Les symptômes généraux sont peu marqués. — La face est couverte de coton, maintenu à l'aide d'un masque. Soupe, crême de tartre ℥ß dans un litre d'eau d'orge.

Le 6, la résolution est établie, la langue est encore un peu saburrale, la chaleur modérée, le pouls fréquent; une selle.

Le 7, la rougeur a disparu, la desquamation commence, le pouls est naturel, la langue belle.

Le 8, état normal, le malade demande à sortir.

Observation II. — *Erysipèle à la face.*

Gourham (Jérôme), matelot de troisième classe, âgé de vingt-sept ans, provenant du vaisseau *Le Suffren*, entre le 14 octobre 1833.

Le 15, à la visite du matin, l'érysipèle est borné aux paupières et au pourtour des ailes du nez. Le gonflement est assez prononcé, la douleur à peine sensible, la rougeur et la chaleur peu intenses. Fréquence légère du pouls, langue sale, dégoût. Le malade est sujet aux érysipèles.

Du coton cardé recouvre les parties enflammées. Limonade. Le surlendemain, tout avait disparu et le malade ne se plaignant plus que d'un léger malaise, le coton fut supprimé.

Le 24, les symptômes érysipélateux reparaissent d'abord fixés comme naguère au nez et aux paupières, mais ils acquièrent plus d'intensité, et, de la visite du soir à celle du matin, toute la face est envahie, surtout vers le front. Des signes d'arachnitis se manifestent et sont combattus avantageusement par un traitement rationnel, (saignées du bras et du pied, sangsues au front, vésicatoires aux jambes). Pendant tout le temps que dura la phlegmasie de la séreuse cérébrale, du coton fut maintenu sur la face. L'érysipèle ne fit aucun progrès et ne dépassa point les parties qui furent les premières atteintes. Le 9 novembre, c'est-à-dire douze jours après son invasion, lorsque le masque fut tout à fait enlevé, la peau, revenue à son état de souplesse naturelle, n'offrait que quelques lames furfuracées d'épiderme qui se détachèrent facilement. Les yeux seuls conservèrent pendant quelque temps un peu de sensibilité.

Observation III. — *Erysipèle à la face.*

Madame ***, sujette tous les ans à des érysipèles de la face, pour lesquels elle était obligée de garder le lit plusieurs jours, et qui d'ordinaire présentaient un caractère de gravité, est prise d'un érysipèle qui débute au front et gagne bientôt les paupières et les joues. Dès le premier jour, 24 sangsues sont appliquées aux malléoles pour combattre quelques symptômes cérébraux, et la face fut couverte de coton écru cardé. Son effet fut si prompt que les phénomènes inflammatoires cessèrent aussitôt, et que le coton put être retiré après trois jours. Madame *** était tout à fait guérie.

Observation IV. — *Erysipèle à la face.*

Madame ***, âgée de 60 ans, d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade. Le 20 mai 1835, elle est atteinte d'un érysipèle à la face survenu sans cause appréciable. Le 22, elle réclame des soins, et offre l'état suivant : gonflement considérable de toute la face et d'une partie du cou, rougeur écarlate, sécheresse et sentiment de brûlure à la peau, douleur aiguë occasionnée par la tension des tégumens, prurit insupportable, céphalalgie vive, langue blanche, soif, abdomen libre, pouls dur, plein et fréquent : une saignée de douze onces est pratiquée, une limonade est prescrite, et la face est recouverte de coton cardé qu'on maintient au moyen de deux mouchoirs. Dès le lendemain, plus de douleur, encore un peu de tension, la peau se plisse, les paupières restent engorgées sans être rouges, la céphalalgie est moindre, langue humide, peu de soif, pouls fréquent sans dureté.

Le 24, mieux général ; un lavement.

Le 25, presque plus de gonflement, plus de rougeur.

Le 26, la malade se lève, il ne reste plus qu'un léger engorgement œdémateux des paupières ; il n'y a presque pas de desquamation.

Observation V. — *Erysipèle occupant les deux jambes.*

Souquet (Marie), âgé de 20 ans, matelot de deuxième classe, entre à l'hôpital le 1er octobre 1834.

Gonflement érysipélateux des deux jambes datant de 4 à 5 jours ; la rougeur n'est pas uniformément répandue, elle est parsemée en larges plaques assez rapprochées ; les jambes en sont comme marbrées ; la douleur et la chaleur sont peu intenses dans l'état de repos ; langue sale, soif légère, pouls fréquent et plein : le malade fut saigné après son arrivée à l'hôpital, et les membres entourés de coton.

Le 3 octobre, le coton enlevé laisse voir le deux jambes revenues presque à leur état normal ; le gonflement est à peine marqué, la rougeur est remplacée par une teinte un peu plus brune de la peau ; le malade n'y ressent plus de douleur ; bien-être général d'ailleurs.

Le 5, le malade sort parfaitement guéri.

Observation VI. — *Erysipèle à la jambe gauche.*

Laurent (Jérôme), âgé de 25 ans, ouvrier de l'Arsenal, entre à l'hôpital le 7 février 1832, atteint d'un érysipèle qui occupe la jambe gauche, étendu depuis le dos du pied jusqu'au mollet et embrassant tout le pourtour du membre. Cette affection, survenue depuis trois jours, paraît liée à la disparition d'une fièvre intermittente quotidienne dont il a éprouvé trois accès. A la visite du soir (faite par le chef de la clinique), 20 sangsues sont appliquées autour de la surface enflammée, qui est après recouverte d'un cataplasme émollient.

Le lendemain, il y a peu d'amendement, les symptômes inflammatoires persistent ; du reste, point de désordres fonctionnels ; application de coton.

Le 9, 24 heures après, l'appareil enlevé laisse voir le membre dans son état presque naturel ; un peu d'œdème existe autour de la malléole interne ; le coton est réappliqué.

Le 10, l'œdème est complétement dissipé.

Le malade sort le 12, après cinq jours d'hôpital.

Observation VII. — *Erysipèle à la jambe droite.*

Semaria (Julien), matelot de troisième classe, entre à l'hôpital le 3 mars 1833, provenant de la frégate *La Victoire*. Il offre un érysipèle occupant la jambe droite dans toute son étendue, et datant de dix jours. Il y a un an, le malade fut atteint d'une maladie semblable à la même jambe. Les symptômes inflammatoires sont très-prononcés, le pouls est dur et fréquent, des symptômes d'embarras gastrique se montrent en même temps.

(Limonade avec ℥ ß de tartrate acidule de potasse et application de coton). Le lendemain le pouls est naturel, le gonflement et la rougeur sont moindres, la douleur est nulle ; appétit.

Le 8 mars, disparition complète de l'érysipèle ; le 9, le malade sort de l'hôpital.

Observation VIII. — *Erysipèle traumatique.*

Estouin (François), gardien dans l'Arsenal, déjà avancé en âge, entre à l'hôpital le 26 février 1833. En voulant sauter un fossé rempli de chaux en ébullition, son pied a glissé, il est à demi tombé dans ce fossé, et les avant-bras ainsi que les membres abdominaux ont été brûlés. Des onctions avec la pommade de Delpech sont faites sur toutes les parties atteintes. Après quelques jours de ce traitement, une rougeur érysipélateuse se manifeste sur tous ces points, et la réaction est si forte que la fièvre s'allume et nécessite les saignées générales. On applique du coton d'abord sur la jambe droite, quelques jours après sur le membre abdominal gauche, enfin en dernier lieu sur les avant-bras. Dans ces expériences, on a toujours vu la douleur se calmer après quelques heures, le gonflement, la rougeur diminuer et disparaître en peu de temps sur les parties recouvertes de coton, tandis que ces symptômes persistaient sur celles que l'on pansait d'après la méthode ordinaire.

Dans cette observation on a pu suivre pas à pas l'action du coton ; elle est concluante en ce que les points recouverts ont guéri beaucoup plus tôt que les autres, et que les souffrances du malade cessaient aussitôt après l'application du coton, tandis qu'elles continuaient sous l'influence des autres topiques. (Pommade de Delpech et cataplasmes émolliens laudanisés.)

Observation IX. — *Eruption miliaire compliquée d'érysipèle.*

M. G***, capitaine de frégate, voit chaque hiver se développer sur les membres abdominaux une éruption miliaire, quelquefois accompagnée d'érysipèle, qui se termine par de larges plaques furfuracées, dont la chute fort lente le retient d'ordinaire un mois dans sa maison. Les anti-dartreux, les bains, les eaux sulfureuses, ont été vainement employés. Vers la fin de décembre 1834, après quelques jours de fatigue, l'affection cutanée reparaît ; une rougeur érysipélateuse accompagnée des autres symptômes inflammatoires, envahit en même temps les deux jambes ; il y a de la fièvre, de l'insomnie, des horripilations ; les fonctions digestives sont dans l'état normal. Les deux membres sont enveloppés de coton, une tisane de saponaire est ordonnée. Après quelques jours, le gonflement érysipélateux disparut ainsi que les autres symptômes, et il ne resta plus d'autres traces de la maladie que quelques croûtes qui remplacèrent les boutons qui avaient précédé l'apparition

de l'érysipèle. Ce qui est important à noter, c'est que peu d'heures après la première application du coton, la douleur ayant cessé, M. G*** put vaquer à ses affaires. Quelque temps après, une nouvelle éruption apparut aux cuisses, et fut combattue avec le même succès par le même moyen. Pendant tout le traitement, il ne fut administré d'autre médicament qu'une tisane de saponaire et deux onces d'huile de ricin.

Observation X. — *Erysipèle phlegmoneux.*

Le nommé Canal (François), matelot de troisième classe, entre à l'hôpital le 10 février 1834, offrant les symptômes suivans :

Rougeur très-vive et teinte brillante de la jambe gauche, moins prononcée sur le dos du pied, et s'étendant à la cuisse le long du trajet des vaisseaux cruraux, disparaissant momentanément sous l'impression du doigt : sentiment de brûlure, douleur intense qui arrache des cris au malade au moindre attouchement ; gonflement peu considérable, mais dur et étendu ; le pouls est fréquent et dur, la chaleur vive, la langue sèche, la soif intense ; selles réglées, système digestif intact.

D'après le rapport du chirurgien-major du vaisseau *Le Marengo*, d'où provient le malade, cet érysipèle aurait été déterminé par l'application d'un escarrotique sur une ancienne cicatrice ; l'inspection de la partie n'y laisse voir aucune trace d'irritation. A la visite du soir, une saignée du bras est pratiquée, et cinquante sangsues sont disséminées sur le membre : limonade tartarisée, cataplasme après la chute des sangsues.

Le lendemain, peu d'amendement dans les symptômes. On réitère la saignée et le membre est enveloppé de coton, maintenu par quelques tours de bande contensifs.

Dès ce moment, le mieux s'est déclaré. L'état satisfaisant de la cuisse et de la jambe a permis de supprimer le coton le 15 février. Le pied encore douloureux et enflammé n'en a été débarrassé que le 19. Depuis la première application du coton jusqu'à sa suppression, on ne l'a renouvelé qu'une seule fois.

L'état général n'a réclamé d'autre médication particulière, si ce n'est une potion avec ℥ *ij* d'huile de ricin prescrite le 14, pour solliciter quelques selles. Une tisane d'orge réglissée a été la boisson ordinaire.

Observation XI. — *Erysipèle phlegmoneux.*

Hutte (Louis), âgé de trente-cinq ans, matelot, entra, le 13 octobre 1833, à l'hôpital de la marine, atteint d'un érysipèle phlegmoneux à la jambe gauche, survenu depuis sept jours, occupant tout le membre, mais marqué surtout aux parties postérieure et inférieure. Les phénomènes inflammatoires étaient moins intenses que dans l'observation précédente ; aussi le malade ne fut soumis qu'au repos, à la diète, et à la limonade végétale. Le membre fut enveloppé de coton. Le 15, le gonflement presque dissipé à la jambe envahit le genou et la cuisse qui sont à leur tour recouverts de coton. Le 17, tous les symptômes de l'érysipèle avaient disparu et le malade sortit guéri le 24. Aucune médication n'avait été faite antérieurement à son entrée à l'hôpital.

Observation XII. — *Erysipèle phlegmoneux.*

Gerbet (Pierre), matelot de deuxième classe, âgé de trente ans, tempérament bilioso-sanguin, constitution faible, entre le 13 mai 1835. Il est atteint d'un érysipèle phlegmoneux à la jambe gauche, survenu à la suite d'un coup reçu, il y a six jours. La rougeur est très-vive, le gonflement s'étend à toute la jambe et un peu vers la cuisse. La douleur profonde et intense se fait sentir jusqu'à l'aîne. Une ligne inflammatoire occupe le trajet des vaisseaux cruraux. Pouls dur et fréquent. Aucun symptôme fâcheux des voies digestives, seulement un peu de turgescence sur les gencives. Le membre abdominal est entièrement entouré de coton. Le repos, la diète, la limonade furent prescrits. Le malade sortit le 19, guéri, après six jours d'hôpital, n'ayant éprouvé, depuis l'application du coton, ni douleur locale, ni prurit, ni les phénomènes inflammatoires généraux qui s'annonçaient dès le début, et sans avoir été soumis à aucune autre médication.

Observation XIII. — *Erysipèle gangréneux.*

Beauhaire (Charles), âgé de soixante-dix ans, ouvrier cordier, constitution forte, entre à l'hôpital le 30 avril 1835. Cet homme est atteint d'un érysipèle gangréneux, étendu depuis l'articulation tibio-tarsienne du côté droit jusqu'à celle du genou, survenu depuis cinq jours, après une chute que fit le malade, et de laquelle résulta une petite plaie contuse à la jambe. Dès le lendemain, la progression devint douloureuse et la rougeur érysipélateuse ne tarda pas à se montrer. A son entrée à l'hôpital, elle occupait toute la jambe ; d'un rouge livide et brillant à ses faces antérieure et interne, plus pâle à son côté postérieur, elle coïncidait avec un empâtement remarquable qui attestait la participation du tissu cellulaire profond ; la douleur était peu intense ; quelques phlyctènes larges et noirâtres se montraient çà et là ; quelques points d'un rouge foncé paraissaient déjà frappés de mortification ; une petite escarre à demi détachée, occupant le lieu de la contusion, laissait échapper une quantité notable de pus sanieux ; la mobilité de la peau environnante décelait un décollement étendu déjà à plusieurs pouces.

Les symptômes généraux que cet érysipèle fit naître furent assez graves, tant à cause de l'intensité de la maladie, que de l'âge avancé de cet homme. Des bouillons, une tisane adoucissante, quelques purgatifs légers dès le début ; la thériaque le soir à la dose d'un demi-gros, le camphre à celle de quatre grains, furent administrés. Des incisions profondes, faites dans plusieurs points, donnèrent issue à des portions de tissu cellulaire gangréné. La suppuration fut très-abondante, bien que les pansemens fréquemment renouvelés ne permissent pas le séjour du pus dans ses divers foyers : mais enfin

elle tarit peu à peu, les incisions se couvrirent de bourgeons charnus, et une portion de tibia nécrosée à l'endroit de la contusion retarda seule la guérison, qui aurait été assez prompte sans ces accidens; mais ce qui nous intéresse le plus dans cette observation, et dont j'ai omis à dessein de faire mention, c'est que quatre jours après l'entrée de Beauhaire à l'hôpital, la rougeur érysipélateuse se prolongea vers la cuisse jusqu'à l'aîne; toute cette partie du membre devint très-rouge, dure, tuméfiée, douloureuse; des élancemens s'y faisaient sentir, et tout annonçait que du pus ne tarderait pas à s'y former. Du coton cardé fut aussitôt appliqué, et quelques jours après tous ces accidens avaient disparu; il resta seulement un peu d'empâtement qui ne tarda pas à se dissiper sous l'influence du même moyen.

Un effet pareil a également été obtenu dans l'observation suivante.

Observation XIV. — *Erysipèle phlegmoneux.*

Mouvre (Joseph), matelot à bord du vaisseau *Le Suffren*, âgé de 23 ans, tempérament bilioso-sanguin, est envoyé à l'hôpital le 15 mai 1835, atteint d'un érysipèle phlegmoneux à la jambe gauche, survenu depuis cinq jours à la suite d'une contusion. Le gonflement et la rougeur sont considérables, la douleur est des plus vives; un commencement de fluctuation se fait sentir vers le milieu de la jambe : 30 sangsues entourèrent le cercle inflammatoire, un large cataplasme favorisa l'écoulement du sang. Le lendemain (16) il n'y avait pas d'amendement dans les symptômes de la veille. L'érypèle s'étendait à toute la cuisse. Des incisions profondes pratiquées sur divers points de la jambe, donnèrent issue à du sang sanieux et à des flocons de pus mal élaboré. La cuisse fut recouverte de coton. La suppuration s'établit à la jambe, elle fut très-abondante; des contre-ouvertures facilitèrent la sortie du pus; des portions de tissus gangrénés furent expulsées. Je ne suivrai pas plus loin la marche de l'érysipèle à la jambe, qui parcourut les phases ordinaires des plaies qui suppurent, pour constater que tous les phénomènes inflammatoires furent arrêtés à la cuisse dès l'application du coton, et que le 20, c'est-à-dire quatre jours après leur apparition, ils avaient complétement disparu. Le traitement général consista dans l'administration d'un léger purgatif pour provoquer quelques selles, des boissons délayantes, et un peu de sirop diacode le soir.

—

Il est facile de se convaincre par ces observations, que nous aurions pu multiplier, que le coton agit efficacement comme moyen topique dans le traitement de l'érysipèle, et qu'il mérite la préférence sur les autres agens médicinaux qui ont été recommandés dans cette inflammation, par la sûreté de ses effets, la facilité de son application et la promptitude de son action. Employé seul dans les cas simples, il exige dans les cas un peu graves qu'on aide son action par des moyens généraux, qui seuls peuvent alors enrayer la marche de la maladie; mais un effet qu'il possède seul, et qui surtout le recommande aux praticiens, c'est de faire cesser instantanément la douleur, et de diminuer par là les tourmens du malade.

Cabissol,
Chirurgien de première classe de la marine.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

FÉVRIER 1836.

Observation sur une maladie composée d'une paralysie de la langue, d'un embarras gastrique, d'une pleurésie et d'une fièvre intermittente double tierce, suivie de quelques considérations sur les paralysies en général, et sur la paralysie gastrique en particulier.; par M. Golfin, Professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de Médecine de Montpellier.

L'observation clinique a depuis longtemps démontré que la gastricité peut être la source des lésions vitales et organiques les plus graves. La paralysie est de ce nombre. On a vu quelquefois cette maladie guérir ou être au moins considérablement diminuée par des vomissemens et des selles spontanés. L'expérience a confirmé ce fait; aussi les médecins, convaincus que certaines paralysies devaient leur origine à la gastricité, ont fait des évacuans la base fondamentale du traitement. Cette méthode qui, pendant fort longtemps, a été celle des praticiens, dont la philosophie est fondée sur l'observation exacte des causes premières des maladies et des heureux résultats de l'action des forces médicatrices contre ces causes, étaient encore, naguère, généralement adoptées. Mais lorsque l'application des système exclusifs est venue dominer l'esprit d'observation, on a abandonné cette méthode pour se vouer entièrement à celle qui, étant la conséquence directe de ces systèmes, a souvent conduit aux plus funestes erreurs. Les partisans de l'anatomisme et du physiologisme, par exemple, n'ont voulu faire dépendre les paralysies, en général, que de l'irritation, de la congestion, d'une hémorrhagie ou d'une phlegmasie de l'encéphale, sans rechercher les causes premières de ces lésions; et, se fondant en entier sur ces états morbides, ils ont fait consister toute la thérapeutique de ces maladies dans les méthodes débilitantes et antiphlogistiques, et particulièrement dans les émissions sanguines plus ou moins répétées. Cette pratique absolue repoussa du traitement de ces maladies tous les autres agens thérapeutiques, dont l'observation avait constaté l'utilité dans quelques-unes de leurs espèces. C'est ainsi qu'en prenant souvent l'effet pour la cause efficiente, on a commis des fautes irréparables.

Les paralysies sympathiques de l'estomac, par exemple, méconnues, ont été uniquement traitées par les émissions sanguines, et si, après la saignée, la nature n'est pas venue au secours des malades par des évacuations spontanées, la mort a été le plus souvent le triste résultat de l'application exclusive des principes de ces fausses doctrines. Tandis que lorsque les médecins, adoptant les vues larges et saines d'une philosophie fondée sur l'observation exacte des faits, ont su distinguer les paralysies, dont la cause partait d'un organe éloigné du cerveau, de celles qui ont leur origine dans ce dernier, on a dirigé contre ces maladies le traitement qui leur était approprié. C'est ainsi que les succès les plus complets ont été le plus ordinairement le résultat de cette heureuse direction. L'observation suivante en fournira une preuve irrévocable.

Mademoiselle B., âgée de soixante ans, d'un tempérament musculo-nerveux très-irritable, d'une constitution délicate, sujette aux catarrhes pulmonaires, était livrée depuis longtemps à des passions tristes de l'âme. Sous l'influence de ces passions, ses digestions étaient pénibles et imparfaites, et son sommeil habituellement troublé; ces désordres fonctionnels avaient déterminé de la pâleur, de la maigreur et de la faiblesse.

C'est au milieu de cet état de l'économie que le 12 novembre 1835, la santé de mademoiselle se dérangea plus subitement; elle eut un malaise général, de la céphalalgie, une légère douleur au-dessous du sein gauche, la bouche un peu pâteuse, de l'anorexie et des frissons vagues. Mais ces phénomènes étaient si peu incommodes, que la malade continua de vaquer à ses affaires et de suivre à peu de chose près le même régime.

Le 13 dans la nuit, la douleur de côté devint plus sensible, la respiration était gênée et fréquente; il se déclara un froid assez intense, de la durée d'une heure environ, et une petite toux qui rendait la douleur de côté plus vive. A ce froid succéda une chaleur qui se prolongea jusqu'au soir, et qui fut suivie d'une légère sueur. Cet état morbide ne parut pas encore assez grave à la malade pour appeler des secours; elle pensa qu'elle n'avait qu'un de ces catarrhes pulmonaires auxquels elle était familiarisée, et dont elle se guérissait ordinairement par des boissons émollientes chaudes, le séjour au lit et la diète.

Le 14, tous les symptômes, dont nous avons exposé le tableau, acquirent dans le cours de la nuit un accroissement considérable. Il survint brusquement dans la langue un embarras dont les progrès rapides rendirent la prononciation si confuse, qu'en quelques in-

stans il ne fut plus possible à personne de comprendre la malade.

Appelé ce jour-là auprès d'elle, je la trouvai dans l'état suivant : chaleur brûlante générale, somnolence, embarras très-remarquable de la langue ; vainement la malade s'efforçait d'articuler distinctement, il était impossible à l'attention la plus sévère de saisir les mots qu'elle prononçait et d'en pénétrer le sens. L'intelligence de ce qu'elle disait alors était même d'autant plus difficile, qu'avant que la parole fût autant embarrassée, on avait observé un peu d'incohérence dans les idées. On me dit aussi qu'un peu avant le développement de cette paralysie de la langue, la malade s'était plaint d'éblouissemens, de bourdonnemens d'oreille et de fourmillemens aux mains. La face, ordinairement pâle, était un peu animée, la peau couverte d'une moiteur générale ; le pouls fréquent, assez plein, mais s'affaiblissant aisément par la pression ; les troubles des fonctions du système sanguin étaient plus tranchés aux artères temporales et aux carotides, qui offraient des pulsations très-fortes ; la respiration était fréquente ; la malade toussait assez souvent, et elle avait dit plusieurs fois dans la matinée que les efforts de la toux et l'inspiration augmentaient la douleur de côté ; les crachats étaient rares, muqueux et striés de sang. Elle avait aussi accusé une douleur à l'épigastre, que la pression de la main réveillait avec assez d'intensité. Depuis quelques jours la langue avait offert de la saleté ; on observait parfois des irritations d'estomac, quelques nausées, un météorisme et des borborigmes assez prononcés ; la malade était constipée depuis quelque temps. La sensibilité et la motilité des membres jouissaient de tous leurs droits.

Vers les quatre heures du soir, les symptômes généraux perdirent peu à peu de leur intensité, mais la paralysie de la langue, la douleur pleurétique, et surtout les phénomènes gastriques, se soutinrent, à peu de chose près, au même degré.

La marche de ces phénomènes démontre évidemment que la malade avait éprouvé un paroxisme.

Si l'on se livre à la détermination de la valeur de ces divers symptômes, et que, par une analyse clinique sévère, on les rapproche selon leur analogie, on reconnaît aisément qu'ils ont une triple origine. Le résultat de cette analyse montre en effet qu'ils ont leur source dans un embarras gastrique, une paralysie des nerfs qui se distribue à la langue, et une pleurésie.

La considération des circonstances commémoratives, celle des premiers symptômes de cette maladie, qui tous se rapportent uniquement à des troubles dans les fonctions du tube digestif ; celle, enfin, de l'accroissement progressif de ces symptômes, soit dans le nombre, soit dans l'intensité, exprimaient qu'un embarras gastrique considérable était la cause primitive de cette maladie, et que la paralysie de la langue et la pleurésie n'étaient que des affections secondaires sympathiques de la lésion des organes de la digestion.

Cette opinion sur la nature de cette maladie mettait en évidence le traitement le plus direct qu'on avait à lui opposer. D'après cela, nul doute qu'il ne fallût commencer de combattre la gastricité par un émétique, pour soustraire la vitalité de l'estomac et des intestins à l'action existante d'une cause matérielle, qui avait provoqué des lésions qu'elle entretenait, et qui donnaient lieu sympathiquement à une surexcitation, à une congestion sanguine du cerveau, et à une compression sur l'origine des nerfs, compression qui semblait occuper en entier les deux hémisphères de l'encéphale, et avait déterminé la paralysie de la langue.

Mais l'élévation insolite du teint, l'assoupissement, la plénitude du pouls, et surtout les pulsations fortes des artères temporales et carotides, traduisaient une pléthore locale du cerveau, qui paraissait contre indiquer un émétique. Cette contre indication, dès lors, devait être respectée. J'éloignai l'emploi de cet agent avec d'autant plus de raison, que quoique la pléthore sanguine du cerveau ne fût que sympathique, elle présentait néanmoins un degré de force assez grand pour la considérer comme un véritable sujet d'indication spéciale, et c'est par ce motif qu'il était prudent de la combattre, de crainte qu'elle ne pût être accrue par les effets de l'émétique. L'accroissement de cette pléthore locale aurait pu donner, en effet, à la congestion sanguine, qui n'était que sympathique, le caractère d'une cause primordiale, et soumettre la paralysie à son influence, comme dans les circonstances où elle a une existence idiopathique. Le souvenir de quelques faits semblables vint fortifier l'exactitude de cette pensée, et je n'hésitai point à invoquer la saignée. Ce puissant secours thérapeutique, commandé dans ce cas pour remplir une indication symptômatique importante, ne saurait avoir aucun inconvénient grave, pourvu qu'on l'emploie avec modération, et non pas avec cet abandon illimité auquel se vouent exclusivement, de nos jours, les partisans de l'anatomisme et du physiologisme dans le traitement des paralysies en général. Je prescrivis conséquemment une saignée de deux palettes faite au bras, je conseillai en outre un liniment opiacé pour frictionner le point pleurétique, et une tisane avec le chiendent et les feuilles d'oranger. Le régime fut composé de bouillons végétaux et de crêmes de riz. Ce traitement fut mis en usage le matin.

Le soir, j'observai un léger amendement dans la lésion des fonctions de l'encéphale et de la poitrine, mais il ne fut pas de longue durée. A quatre heures, il survint un paroxisme qui donna plus de force à tous les symptômes. La paralysie de la langue et le point de côté reprirent tout le degré d'intensité auquel ils s'étaient montrés avant l'administration des moyens prescrits le matin. Alors, craignant que la congestion sanguine du cerveau et la douleur pleurétique ne reçussent un fâcheux accroissement de la part des effets violens du paroxisme, je fis mordre six sangsues à chaque apophyse mastoïde, et dix sur le point de côté. J'eus recours aussi dans la même intention aux révulsifs dermoïdes ; je fis placer deux sinapismes aux pieds et deux vésicatoires magistraux aux bras, même tisane, même régime.

Le 15, le paroxisme ne cessa qu'à cinq heures du matin. La paralysie de la langue et des symptômes pleurétiques n'avaient éprouvé qu'une bien faible diminution.

L'insuffisance des saignées générale et locale, des révulsifs, me fut alors pleinement démontrée, et je fus plus que jamais affermi dans l'idée que ces deux affections étaient sympathiques des lésions introduites dans le tube digestif par des matières saburrales, et tout à fait subordonnées à l'existence et à l'action de cette cause. J'abandonnai complétement la méthode symptomatique ou palliative; je fis reposer en entier la méthode thérapeutique de cette maladie sur cette indication fondamentale, et je me hâtai de la remplir par un émétique. Je prescrivis une solution d'un grain et demi de tartrate antimonico-potassique dans une tasse et demie d'eau distillée tiède, à donner en trois fois, à trois quarts d'heure de distance; deux prises seulement furent administrées. Elles suffirent pour faire vomir abondamment des mucosités et de la bile, et rendre une grande quantité de matières de la même nature par les selles.

Les effets thérapeutiques de cet agent furent prodigieux. Les principaux symptômes de la maladie, qui, jusque-là, n'avaient éprouvé qu'une diminution légère et fugitive, se dissipèrent presque en entier. Après deux heures environ de repos et d'un bon sommeil, la paralysie de la langue n'était presque plus sensible, on reconnaissait à peine que la facilité de la parole fût altérée, et la douleur pleurétique était tellement affaiblie, que ce n'était plus que dans de très-fortes inspirations que la malade s'en plaignait.

Le soir à six heures le paroxisme survint; il n'offrait dans la soirée rien de remarquable : on observa seulement une légère augmentation dans les symptômes en général. Même tisane, même régime.

Le 16, le paroxisme dura jusqu'à deux heures du matin. Pendant sa durée, la langue ne fut pas plus embarrassée, mais la douleur pleurétique parut un peu plus intense; la toux fut plus incommode, et les crachats furent légèrement striés de sang; le pouls offrait encore assez de force et de fréquence. Quoique ces phénomènes ne fussent que sympathiques, et que, par leur modération surtout, ils ne présentassent pas les motifs d'une attention sérieuse, cependant ils étaient encore trop prononcés pour les vouer à une indifférence complète. Il existait trop d'irritation générale pour ne pas redouter quelque chose de l'emploi des purgatifs que leur cause réclamait, et je voulus, en attendant le moment favorable à leur usage, tenter d'apaiser les symptômes pleurétiques par une saignée capillaire. Je fis appliquer huit sangsues sur le point pleurétique, afin d'atténuer au moins la force de cette fluxion sympathique : pour mieux atteindre ce but, je fis placer un cataplasme émollient sur les piqûres. L'émission sanguine fut assez considérable; mais la malade n'en retira néanmoins qu'un bien faible soulagement.

Le soir à trois heures, au milieu de l'amendement, des symptômes survenus depuis l'emploi de l'émétique, il se déclara un paroxisme qui, à mon grand étonnement, fut beaucoup plus intense que celui de la veille. Je soupçonnais alors la complication d'une fièvre intermittente dont l'existence, jusque-là, n'avait pu être appréciée; mais néanmoins je me défendis toute action contre cette affection avant d'avoir accordé à l'observation tout le temps qu'elle nécessitait pour vérifier mes soupçons. Les troubles fonctionnels qui se montrèrent pendant ce paroxisme n'avaient d'ailleurs rien d'alarmant. Même tisane, même régime.

Le 17, ce paroxisme fut fort long, il dura jusqu'à huit heures du matin. Les symptômes en général furent plus saillans; mais la paralysie de la langue ne reparut plus, et le point pleurétique ne fut plus incommode. La marche de ce paroxisme ne me permit plus de douter de l'existence de l'élément intermittent affectant le type double tierce; je vis dès-lors la nécessité d'attaquer sans retard cette complication, qui, ne s'étant pas manifestée dans le principe, ne me parut pas sous l'influence de la gastricité. Pénétré de cette idée, je ne devais pas en espérer la cessation de l'emploi des purgatifs, qui, d'ailleurs, ne pouvaient être administrés alors à cause de la trop grande irritation des viscères abdominaux, et je résolus d'employer le sulfate de quinine.

La prudence dictait l'usage des antipériodiques, afin d'écarter un élément qui, modéré jusque-là, avait brusquement pris de la violence, et qui, s'il eût été destiné à de nouveaux progrès, pouvait, en concentrant son action sur tel ou tel organe important, déterminer des lésions graves, et contracter un caractère pernicieux; c'est ce qu'il y avait à craindre soit du tempérament éminemment nerveux et irritable de la malade, soit de l'influence de la constitution médicale régnante, remarquable à cette époque par un assez grand nombre de fièvres intermittentes pernicieuses.

En conséquence, je prescrivis dix grains de sulfate de quinine et autant d'extrait de têtes de pavot rouge, divisés en quatre pilules : la malade en prit une à six heures du soir, et elle les répéta toutes les trois heures. La dernière fut administrée trois heures avant le moment présumable de l'invasion de l'accès.

Le soir, l'accès manqua, l'on n'observa qu'une légère élévation de la température.

L'état de la malade était réduit aux symptômes suivans : Céphalalgie modérée, douleur pleurétique peu incommode, toux rare, crachats muqueux; pouls fréquent, douleur abdominale, flatulences, saleté de la langue, anorexie, pesanteur aux lombes; enfin un ensemble de symptômes qui se rattachaient manifestement à la présence des matières saburrales dans les intestins; mêmes moyens.

Le 18, la nuit fut assez bonne, et sauf un peu d'assoupissement, l'état de la malade était le même.—L'indication qui me parut la plus importante à remplir, consistait à prévenir le retour d'un paroxisme semblable à celui qu'elle avait eu le 16, et qui n'avait fini que le 17 au matin. Je prescivis encore les mêmes pilules de sulfate de quinine, qui furent administrées aux mêmes heures.

Le soir, la malade n'eut pas de paroxisme. Les phénomènes d'irritation abdominale étaient considérablement diminués. Je dirigeai toutes mes vues vers l'embarras intestinal, auquel me parurent subordonnés le peu d'embarras qui restait dans les mouvemens de la langue, la douleur pleurétique et tous les symptômes qui existaient. Je prescrivis deux gros de magnésie blanche calcinée, délayée dans un verre de tisane sucrée, à prendre le lendemain.

Le 19, la nuit avait été calme ; la malade prit la magnésie. Elle fut huit fois à la selle, et évacua une grande quantité de matières mêlées de beaucoup de bile et de mucosités.

Le soir, il n'existait plus de traces de paralysie de la langue. La céphalalgie, la douleur pleurétique avaient presque en entier disparu, les autres symptômes étaient aussi bien diminués. Même tisane, même régime.

Le 20, la nuit fut bonne ; le point pleurétique, la céphalalgie et les phénomènes d'irritation abdominale étaient en entier dissipés, mais la langue restait encore un peu sale. La malade avait toujours du dégoût, la bouche pâteuse, quelques flatulences et le pouls un peu fébrile. La nature de ces symptômes m'indiquait que la gastricité n'avait pas été complétement enlevée, et que tout ce qui restait de cette affection se dissiperait en répétant le même purgatif. Toutefois, la malade étant assez bien, je permis du bouillon de viande.

Le 21, la nuit fut calme, je prescrivis la même dose de magnésie pour le lendemain. Mêmes moyens.

Le 22, la magnésie fut administrée ; elle produisit cinq garde-robes assez copieuses. Mêmes moyens.

Le 23, tous les symptômes gastriques furent dissipés, la fièvre avait totalement cessé. L'appétit commença de se manifester ; la malade prit trois fois du riz au bouillon dans la journée.

Le 24, elle ne conserva plus de son état que de la faiblesse. L'appétit fut plus prononcé, je permis les alimens solides et du bon vin. Les digestions furent faciles ; les forces se relevèrent peu à peu, et la convalescence fut de courte durée.

Réflexions sur cette observation, et considérations sur les paralysies en général et sur la paralysie gastrique en particulier.

Cette observation a pour objet principal de démontrer la nécessité indispensable des évacuans dans certaines paralysies. Ce fait sans doute n'est pas nouveau, mais néanmoins, il n'est pas sans utilité dans l'état actuel de la science. Il tend à ramener les esprits à des méthodes thérapeutiques anciennes, dont l'expérience avait constaté les avantages, et que des théories nouvelles avaient frappées de réprobation et bannies de la science. Sous ce rapport, on comprend que sa publication n'est pas dénuée d'intérêt.

Ne pourrait-on pas comparer le genre d'utilité de pareils faits à celui des faits avec lesquels M. le professeur Broussais est venu il y a quelque temps démontrer les vices du traitement, auquel sous l'empire d'un humorisme exclusif et de l'école de Pinel, on soumettait les fièvres dites putrides ou adynamiques, et prouver la nécessité de la saignée dans ces maladies, dont une gastro-entérite est une des des principales causes? Ces faits non plus n'étaient pas nouveaux; la science en était en possession depuis fort longtemps. Mais des théories erronées les avaient ensevelis dans un oubli, dont M. Broussais a eu le mérite de les exhumer. Le rétablissement de ces méthodes dans la thérapeutique de ces fièvres, est un bienfait dont on ne saurait trop louer le mérite.

C'est dans les ouvrages de ceux même qui, dans ces maladies, abusaient des toniques et des purgatifs, qu'on trouve les idées qui autorisent à penser que, bien qu'ils recommandassent ces agens, ils ne méconnaissaient pas les indications de la saignée. Il suffit pour s'en convaincre de lire Baillou, Baglivi, Sydenham, Morton, de Haën, Quarin, Grant, Desbois-de-Rochefort, Stohl, etc. Mais ces mêmes hommes, entraînés par les théories et les idées systématiques de leur temps, ne pouvaient se défendre d'avoir recours aux toniques et aux purgatifs, dont on a fait un si funeste abus jusqu'à M. Broussais. Ces théories cependant n'auraient jamais pris naissance si, dans ces sortes de fièvres, on n'avait pas perdu de vue les méthodes thérapeutiques qu'Hippocrate avait recommandées. On le voit en effet, dans les maladies dont l'histoire représente le tableau fidèle des fièvres putrides, prescrire la saignée et les boissons mucilagineuses, gélatineuses, acidules, telles que la décoction d'orge, le petit lait, l'hydromel, etc. C'est aussi dans ces maladies qu'il prescrivait les purgatifs avant que l'irritation et la fièvre fussent apaisées.

Il est évident, d'après ces faits, que la méthode antiphlogistique contre ces maladies, remonte à des époques bien reculées, et qu'après avoir été longtemps abandonnée, elle a été reproduite par M. Broussais, à qui, *principalement sous ce rapport*, la science et l'humanité doivent de la reconnaissance.

On ne saurait se dissimuler aujourd'hui les avantages immenses de la méthode antiphlogistique dans les premières périodes de ces fièvres, mais aussi combien n'a-t-il pas fallu de temps et de faits nouveaux pour convaincre à ce sujet ?

Si pour ramener à cette méthode de nouveaux faits ont été utiles, nous pensons que la même marche doit être suivie pour le sujet qui nous occupe. C'est à ce point de vue que, quoique celui que nous publions ne soit pas nouveau, il ne sera pas pourtant sans intérêt, dans le moment où l'abus des théories de l'anatomisme et du physiologisme a repoussé les évacuans, et surtout les émétiques du traitement de toutes les affections paralytiques.

On voit dans ce fait une paralysie et une pleurésie occasionnées et entretenues par une lésion des forces vitales et organiques introduite dans le tube digestif par la présence de matières saburrales, et qui a sympathiquement agi sur le cerveau et la plèvre. Les heureux effets de la méthode évacuante ont évidemment

démontré que ces deux affections étaient subordonnées à la même cause. Les émissions sanguines et les agens révulsifs avaient été inutilement employés, et ce n'est, en effet, qu'après les vomissemens et les évacuations alvines provoquées par le tartrate antimonico-potassique, que la paralysie a presque complétement disparu, et que la pleurésie a considérablement diminué. Ce n'est enfin que lorsque les purgatifs ont été administrés que ces affections sympathiques ont été totalement annihilées.

Ce fait prouve d'une manière bien péremptoire qu'il est des paralysies et des pleurésies dans lesquelles les évacuans sont les principaux instrumens de la guérison. C'est une vérité que le témoignage des anciens observateurs a mise hors de doute. Cependant l'anatomisme a, de nos jours, renversé les idées exactes que l'on avait sur la nature de ces affections, et rejeté la méthode thérapeutique dont l'expérience avait si souvent proclamé les avantages. La réprobation dont on a frappé cette doctrine thérapeutique est si formelle, que les médecins élevés dans cette école n'osent plus l'invoquer; on ne la rappelle plus que pour la condamner sans restriction, et pour traiter ceux qui la suivent avec un caractère de légèreté qui est la preuve la plus juste de la prévention et de l'aveuglement de ceux qui l'ont adoptée.

Ce système, comme tous ceux qui ont pu séduire par leur simplicité, a trouvé des esprits faciles qui, renonçant légèrement aux méthodes que l'expérience avait sanctionnées, ont embrassé sans examen celles qu'on leur a montrées comme les plus directes, et conséquemment les plus positives. C'est ainsi que certains médecins, cherchant à perfectionner la médecine par la simplicité des doctrines et des méthodes de traitement, lui ont, au contraire, fait faire des pas rétrogrades et ont porté les coups les plus funestes à la science et à l'humanité. Mais aujourd'hui que la raison paraît plus disposée à s'écarter de l'exclusisme des systèmes, il importe de signaler avec zèle les inconvéniens des méthodes absolues; tels sont ceux qui sont attachés aux abus de l'application de l'anatomie pathologique qui, de nos jours surtout, a rendu de très-grands services à la science des maladies, et qui est destinée à lui en rendre de plus grands encore, lorsqu'on la renfermera sévèrement dans les limites de son génie.

Le fait que nous publions offre un exemple de ces limites. C'est en vain qu'on demanderait à l'anatomie pathologique de nous faire connaître la nature des paralysies sympathique, elle est tout à fait inhabile pour nous la dévoiler. Elle nous montrera dans le cerveau des lésions physiques plus ou moins prononcées; mais la cause première qui les a provoquées, et dont l'action morbide s'exerce sur un organe plus ou moins éloigné de l'encéphale, exige, pour être justement appréciée, l'intervention d'autres instrumens de l'analyse clinique. L'anatomie pathologique reste muette à cet égard. Si pour apprécier la nature des paralysies en général, l'on ne se livrait qu'aux notions fournies par cette partie de la science, la saignée serait toujours l'unique secours thérapeutique auquel on aurait recours, et cette observation prouve, au contraire, que ce moyen ne saurait exclusivement constituer la base fondamentale du traitement de toutes les affections paralytiques.

Quoique ce fait, sous ce rapport, nous paraisse concluant, nous pensons cependant que de nouveaux faits deviennent utiles pour rétablir la thérapeutique de cette maladie sur ses véritables bases, et ramener l'esprit des médecins sur la voie que l'observation de la nature et l'expérience avaient ouverte, et dont il est dangereux de s'écarter.

Le rétablissement de la véritable thérapeutique dans les paralysies sympathiques est d'autant plus important, que ce genre de paralysie n'est pas rare, surtout après des repas copieux. Les annales de la médecine en offrent un grand nombre d'exemples. Notre pratique nous a plusieurs fois montré cette maladie dépendant uniquement d'une congestion de matières suburrales ou alimentaires, et nous avons généralement observé que, si les émissions sanguines modérées sont de quelque utilité pour combattre les conséquences des lésions sympathiques de l'encéphale, elles sont toujours insuffisantes pour guérir en entier cette maladie, et souvent nuisibles si elles sont trop abondantes. Pour les attaquer avec efficacité et en effacer promptement les derniers vestiges, il faut avoir recours aux évacuans; car se borner dans le traitement de ces maladies aux saignées, ce serait croire qu'elles sont toutes idiopathiques. Un semblable système consacrerait une erreur grave, qui pourrait compromettre la vie de bien des sujets atteints de cette maladie. Il en est qui évidemment doivent leur origine à la souffrance d'un appareil d'organes ou d'un organe éloigné du cerveau, comme il en est aussi dont la manifestation est un des phénomènes d'une autre affection; celles-là sont symptomatiques.

Les paralysies idiopathiques ont leur origine dans la propre substance du cerveau; ce sont les plus fréquentes. Elles dépendent d'une lésion vitale et organique primitive de l'encéphale, qui détermine des épanchemens sanguins réunis en foyer ou non dans cet organe, ou des engorgemens dans ses capillaires ou ceux des méninges. L'observation clinique a aussi montré que cette lésion primitive peut donner lieu à une inflammation de l'encéphale, ou à une sécrétion excessive des membranes séreuses qui a pour résultat un épanchement lymphatique, et dont l'apoplexie et la paralysie sont les conséquences.

Les paralysies sympathiques ont leur source dans un organe plus ou moins éloigné du cerveau, et qui est en sympathie avec lui; telles sont celles qui sont déterminées par des lésions vitales et organiques caractérisées par une surexcitation du tube digestif, provoquée par un excès d'alimens, un amas de matières saburrales, des vers, des matières stercorales retenues dans les intestins, etc.; surexcitation qui va sympathiquement se développer dans le cerveau, et y produire les altérations dont la paralysie est la conséquence; telles sont aussi les paralysies dont le point de départ se trouve dans les désordres que la grossesse a fait naître dans l'utérus,

et dont nous avons vu deux exemples chez la même femme. Le second mois de la grossesse a été chaque fois l'époque à laquelle cette paralysie est survenue. Vainement j'opposai à cette variété les émissions sanguines, générales et locales, les émolliens, les sédatifs, les révulsifs, et les évacuans; elle ne disparut qu'après l'accouchement. On doit encore placer dans ce genre la paralysie causée par l'inflammation de l'estomac ou des intestins (Chamberet, Dict. des scienc. méd., mot Paralysie, pag. 245), une vive irritation des organes de l'abdomen occasionnée par la pléthore du système de la veine-porte, etc., etc.

Les paralysies symptomatiques sont celles dont l'existence se trouve liée à une affection générale ou locale, et qui en est un des effets inséparables. Cet effet est même quelquefois si prononcé, qu'il semble, au premier aspect, constituer l'affection principale, et l'on pourrait se méprendre sur le diagnostic, si par une analyse sévère on ne distinguait le symptôme de l'affection ou l'effet de la cause; à ce genre appartiennent les paralysies intermittentes. Ici l'élément intermittent a principalement dirigé son action sur l'encéphale, et y a introduit les lésions vitales et organiques qui donnent lieu aux altérations physiques qui ont pour conséquence la paralysie. Nous avons observé un exemple très-remarquable de cette variété qui se montra sous la forme hémiplégique, et que le médecin ordinaire du malade avait confondue, dans le premier paroxisme, avec une paralysie idiopathique. Nous recueillîmes avec soin l'histoire de cette variété de fièvre pernicieuse. Les traits sous lesquels elle se peignit sont si caractéristiques, sa marche fut si régulière et le traitement antipériodique si fructueux, que nous regardons ce fait comme le plus positif et le plus complet dont les annales de la médecine nous aient jusqu'aujourd'hui transmis l'histoire. Ce motif nous fait prendre l'engagement de le publier bientôt.

Ce ne serait pas aussi sans quelque fondement qu'on pourrait rapporter aux paralysies symptomatiques celles qui sont occasionnées par une lésion de la moelle épinière, ou seulement des nerfs, ou des muscles de la partie qui a perdu la sensibilité et le mouvement volontaire. (Boisseau, Nosog. org., tome IV. p. 774.)

Tel est l'ensemble des conditions générales de l'économie, qui peuvent donner naissance à la paralysie, et d'après lesquelles on doit distinguer les divers genres de cette affection, et déterminer le traitement général qui leur convient.

Maintenant, si en invoquant les divers procédés offerts par l'analyse clinique, nous essayons de pénétrer la nature des lésions qui président à la formation de cette maladie, pour découvrir les véritables indications qu'on a à remplir dans les divers genres que nous avons admis, nous verrons que quelles que soient les causes qui aient préparé et occasionné ces divers genres de paralysies, on doit reconnaître qu'elles dépendent en général d'une lésion primitive ou directe, secondaire ou indirecte de l'innervation cérébrale. Cette faculté y est en général accrue, et c'est de cet accroissement que résulte une congestion ou un épanchement sanguins qui ont pour effet immédiat l'apoplexie et la paralysie. Cette congestion et cet épanchement ne sont donc pas la cause première de ces maladies, mais bien les conséquences de cette cause, et ces maladies ne doivent être considérées que comme un effet ou un résultat de ces conséquences.

Une surexcitation des nerfs du cerveau doit donc être regardée comme étant, en général, le principe de ces affections; c'est elle qui précède, détermine et entretient les congestions ou les épanchemens sanguins dont elles sont l'effet consécutif. Mais dans la considération de cette lésion, il importe, pour poser d'une manière exacte les bases d'un traitement rationnel, de ne pas perdre de vue que, dans la paralysie idiopathique, cette surexcitation est primitive, tandis que dans les paralysies sympathique et symptomatique, elle est secondaire.

Ces considérations générales sur ces trois genres de paralysie dévoilent suffisamment leur origine, le mode d'établissement des diverses lésions de l'encéphale, leurs causes et les conditions de l'économie, sous l'influence desquelles ces lésions se sont développées, pour être aisément conduit à la détermination des indications majeures qu'elles présentent. Toutes doivent avoir pour but de rétablir l'exercice libre de la sensibilité et du mouvement, en combattant les congestions et les épanchemens de l'encéphale et la surexcitation qui les a occasionnés. Mais pour atteindre ce but, le système de conduite pratique ne peut être identique; il varie selon que les lésions qui ont amené la paralysie sont idiopathiques, sympathiques ou symptômatiques. Et en effet, dans les premières, la congestion ou l'épanchement sanguins, qui sont l'effet de la surexcitation encéphalique, sont directs, ils constituent les indications principales, et doivent être directement combattus; tandis que dans les autres, ces lésions sont indirectes, constituent seulement des indications secondaires, et si, avant de combattre les causes qui les ont provoquées, on doit, en raison de leur importance, les attaquer, ce ne doit être qu'avec beaucoup de modération.

Dans les premières, la saignée sera l'agent thérapeutique direct et principal de la guérison; tandis que dans les autres, cet agent n'étant indiqué que par des lésions secondaires de l'encéphale, il ne doit être considéré que comme indirect et accessoire. Dans les unes, la saignée est curative: dans les autres, elle n'est que palliative; aussi dans ces dernières la saignée doit être modérée, surtout si l'affection qui en est la source est promptement combattue, tandis que dans les premières elle est presque toujours abondante et souvent même répétée.

Il faut donc toujours saigner dans ces affections, mais avec cette circonstance que les émissions sanguines doivent être faites dans des proportions bien différentes, selon la nature des divers genres de paralysie.

Dans les paralysies idiopathiques, la saignée et les révulsifs suffisent souvent à la guérison; dans les sympathiques et symptomatiques, ces agens sont insuffisans, et il faut indispensablement, et aussitôt qu'on a dégagé le cerveau par la saignée, employer sans retard les moyens thérapeutiques capables de combattre les affec-

tions dont la paralysie est l'effet sympathique ou symptomatique. Ainsi, dans la paralysie gastrique par embarras d'alimens ou de sabure muqueuse ou bilieuse, etc., l'agent le plus direct, auquel il semble qu'on devrait promptement recourir, est l'émétique. Cette marche est fort naturelle; elle est inspirée par les principes d'une thérapeutique rationnelle, qui veulent que le traitement des maladies soit, en général, uniquement dirigé contre leur causes efficientes. Mais dans ces affections, comme dans quelques autres, les principes doivent recevoir une exception importante. Bien que la congestion ou l'épanchement sanguins encéphaliques ne soient que des effets de la surexcitation cérébrale sympathique ces effets prennent surtout, par leur intensité, le caractère d'une cause essentielle, en jouent pleinement le rôle, peuvent exposer la vie du malade, et constituent une indication symptômatique qu'il importe éminemment avant tout de s'empresser de remplir. Il faut donc dans ce cas abandonner pendant quelques instans les indications curatives, pour recourir aux indications symptomatiques : une conduite contraire pourrait être funeste; et en effet, l'expérience a prouvé que si l'on débute par administrer un émétique avant de faire une saignée générale ou locale, les efforts du vomissement peuvent accroître la congestion sanguine, décider la rupture de quelque vaisseau de l'encéphale, et donner lieu subitement à un épanchement apoplectique mortel; tandis qu'après avoir dégorgé le cerveau par la saignée, les efforts occasionnés par l'émétique ne sont plus capables d'élever la congestion sanguine de cet organe à un degré dangereux, et dès lors la cause première étant ainsi attaquée, les phénomènes paralytiques s'effacent promptement. C'est ce que nous avons vu plusieurs fois, et notamment dans le cas que nous publions aujourd'hui.

Ce n'est pas cependant que, dans quelques circonstances rares à la vérité, on ne puisse à la longue, comme l'ont fait des praticiens habiles, employer directement l'émétique sans inconvénient. C'est ce que l'on peut faire dans les cas de paralysie sympathique, survenue immédiatement à la suite d'un repas somptueux ou d'une indigestion, accompagnée de vomissemens spontanés, légers et impuissans, pour évacuer toute la cause matérielle. On conçoit que, dans ce cas, on peut employer avec succès un émétique, afin d'aider l'action des forces médicatrices, qui souvent s'efforcent en vain d'expulser les matières alimentaires qui sont la cause provocatrice de la paralysie. Son emploi sera d'autant moins à craindre, que les désordres fonctionnels des nerfs et des muscles seront plus faibles. On a vu assez souvent cette méthode directe de traitement dissiper en quelques instans tous les phénomènes paralytiques. Je dis assez souvent, parce que l'expérience a le plus ordinairement montré qu'elle n'a pas toujours cet heureux résultat. Quelquefois, elle n'est suivie que d'une légère amélioration, et d'autres fois elle aurait l'intensité des troubles fonctionnels. Son imperfection dans quelques cas, et les inconvéniens qu'elle a dans d'autres, doivent inspirer de la méfiance dans son application, ou au moins engager à bien déterminer les circonstances où elle peut être invoquée sans danger.

Il est possible d'établir des règles assez positives à ce sujet; mais leur application thérapeutique est très-délicate, et nécessite un tact bien exercé; ces règles se tirent des circonstances individuelles et générales suivantes :

Si le sujet frappé de paralysie à la suite d'un repas copieux est très-jeune ou très-âgé; si sa face est plutôt pâle qu'animée; si le pouls est faible, petit, concentré (1); s'il y a un gonflement à la région épigastrique et que la pression de la main y réveille une légère douleur; si le malade est d'un tempérament très-lymphatique, d'une constitution passive; s'il offre tous les signes négatifs d'une pléthore générale; si ceux de la congestion cérébrale sont très-faibles; si la stupeur et la sterteur sont légères; si le malade a de fréquentes envies de vomir, ou s'il n'a que des vomissemens imparfaits de matières alimentaires; si enfin le climat et la saison ne disposent pas aux congestions encéphaliques; dans ces circonstances on pourra absolument se dispenser de la saignée et recourir hardiment à l'émétique. Ce conseil est appuyé de l'autorité de Portal, qui, quoique très-partisan de la saignée dans ces maladies, même dans celles qui surviennent après les repas, pense qu'il est cependant des circonstances où l'émétique peut être employé. Ce savant praticien dit : « S'il est jamais utile de le donner, c'est uniquement lorsque l'assoupissement est peu profond, que le pouls n'est ni plein, ni dur, et que la respiration n'est pas stertoreuse; que la maladie enfin n'est pas très-intense, ou que la saignée ayant été faite, la sterteur n'a plus lieu et que le pouls n'est plus dur. (Voy. *Observat. sur la nature et le trait. de l'apoplexie*, pag. 47).

La même méthode pourra être suivie si la paralysie sympathique a pour cause matérielle, dans le tube digestif, un amas de matières muqueuses ou bilieuses, et si le sujet est placé au milieu des mêmes conditions individuelles et générales.

Toutefois avant d'administrer un émétique, on devra bien s'assurer si la paralysie est réellement sympathique. Il ne faudrait pas s'en laisser imposer par les circonstances particulières de son développement à la suite d'un repas abondant, ou même par l'existence des désordres fonctionnels qui annoncent un embarras muqueux ou bilieux du tube digestif. Ce n'est pas parce que la paralysie éclatera au milieu de ces circonstances et que le malade aura des envies de vomir, et même des vomissemens, qu'il faudra la considérer comme sympathique; il se peut que ces causes gastriques n'aient qu'une action locale et que les nausées et les vomisse-

(1) Ces caractères du pouls ne sont pas toujours des motifs de contre-indication à la saignée. J'ai fait, il y a peu de temps, tirer cinq palettes de sang à une personne âgée de 75 ans, frappée d'apoplexie, chez laquelle le pouls était à peine sensible, et la peau de tout le corps glacée. C'était, à la vérité, une apoplexie sanguine idiopathique. Cette saignée eut le plus grand succès.

mens soient aussi eux-mêmes sympathiques d'une congestion cérébrale primitive. Dans cette hypothèse la paralysie est idiopathique et serait indubitablement aggravée par l'émétique. Ici le salut du malade dépend de cette distinction, et la vie serait exposée à de grands dangers, si l'on employait un émétique là où la saignée doit être la base fondamentale du traitement.

Mais bien que dans ces paralysies sympathiques, on puisse, lorsque le malade est placé au milieu des conditions dont nous avons parlé, avoir recours à l'émétique pour attaquer directement la cause matérielle gastrique, bien qu'on puisse même l'administrer souvent avec succès, n'importe, nous pensons qu'il est prudent de commencer toujours par une saignée, afin de dominer la congestion sanguine du cerveau, que les efforts répétés des vomissemens pourraient accroître et élever peut-être, même à un degré d'intensité capable de rendre la paralysie très-dangereuse. La saignée aura tout au plus l'inconvénient d'affaiblir. Mais, dans ce cas, on doit avoir le soin de la faire avec une modération telle que les forces ne puissent jamais en être gravement compromises. Ce moyen, loin d'être redouté, produit au contraire des effets très-propres à favoriser l'action de l'émétique. On conçoit que la compression exercée par la congestion des vaisseaux sanguins du cerveau diminue ou suspend même quelquefois l'influence de l'innervation sur l'estomac comme sur tous les autres organes, et dès lors l'émétique est sans action. La saignée en dégorgeant ces vaisseaux diminue la compression cérébrale, et l'influence de l'innervation se rétablit à un degré assez énergique pour que l'estomac redevienne accessible à l'action de ce médicament. Ses effets sont si avantageux sous ce rapport, qu'il arrive quelquefois qu'immédiatement après l'émission sanguine les vomissemens ont lieu par la seule action des forces médicatrices. Rien de plus ordinaire, en effet, que de voir survenir ce phénomène peu de temps après que la saignée a été pratiquée ; et dans les circonstances où elle n'a pas ce résultat salutaire, on le provoque alors avec plus de facilité et moins d'inconvénient, en donnant l'émétique dès qu'on a saigné le malade. Il importe donc d'administrer aussitôt cet évacuant pour profiter du moment où la congestion cérébrale a été diminuée, et éviter la reproduction de l'intégrité de celle-ci, qui serait peut-être bientôt renouvelée, si l'on ne se hâtait d'enlever la cause matérielle qui entretient dans le tube digestif la lésion vitale et organique, qui a sympathiquement donné naissance à cette congestion.

Ces considérations démontrent que dans le traitement de cette maladie, comme de beaucoup d'autres, il faut quelquefois abandonner momentanément l'indication thérapeutique ou curative pour remplir l'indication symptomatique. Cette conduite pratique est ici commandée autant pour combattre la congestion sanguine qui, tant que la cause gastrique persiste, ferait des progrès, que pour placer le malade dans la disposition vitale et organique la plus favorable au succès de l'émétique. Ainsi donc, quoique la saignée ne soit bien directement indiquée que dans les paralysies sanguines idiopathiques, elle l'est cependant aussi dans les paralysies sympathiques, mais à la vérité d'une manière indirecte. Toutefois l'emploi de ce moyen diffère dans ces cas particuliers, en ce que dans les premières on pratique de larges saignées, qu'on répète même au besoin selon leurs effets, tandis que dans les dernières une saignée modérée et relative au degré de congestion encéphalique suffit, en général, pour satisfaire à cette indication. Rarement, en effet, il est nécessaire de la répéter.

Il en sera de la paralysie sympathique qui aura pour cause déterminante un excès d'alimens, comme de celle qui est occasionnée par un amas de matières muqueuses ou bilieuses dans le tube digestif. La circonstance d'être frappé de cette maladie pendant ou après un repas plus ou moins copieux, n'est pas une contre-indication à la saignée. Il importe peu que le malade ait pris des alimens ou non. La certitude d'accroître la congestion du cerveau et la paralysie, qui en est l'effet immédiat, si l'on emploie un émétique, doit l'emporter dans l'établissement des indications à remplir, et faire recourir à la saignée. Mais dès qu'on a satisfait à cette indication, on se hâte d'administrer un émétique. Une multitude de faits positifs nous ont montré l'utilité de cette conduite thérapeutique, dont les avantages ont été constatés par les observations de savans médecins; tels sont Boerhaave (*Van-Swieten, comment. aphorism.* § 1026); Lazerme (*De morb. int. capitis*, cap. 2); Mérat (*Dict. des sc. méd.*, mot *Indigestion*); Vieussens (*De la saignée et de son usage dans la plupart des maladies*); Prion (*Constitutions méd. et maladies régnantes de* 1824 *et* 1825, Voy. *Journal gén. de méd.*, par Gaultier de Claubry, tom. XCVI, pag. 289).

Cette méthode thérapeutique, comme on le voit, n'a rien d'exclusif; elle s'éloigne également de la pratique absolue de ceux qui ne veulent ici que les émétiques et jamais la saignée, comme de l'abus de l'anatomisme et du physiologisme, qui n'admettent dans le traitement de toutes les paralysies que la saignée et jamais les émétiques. Cette doctrine est puisée dans la nature et l'observation du pouls, qui ne connaissent pas de système. Elle tient à la fois un compte sévère de la cause matérielle de l'affection principale et du symptôme qui constitue presque une affection secondaire, qui, méconnue ou négligée, deviendrait l'affection la plus grave, si elle n'était mise en première ligne des indications à remplir. Cette méthode établit, en un mot, qu'on ne peut s'occuper avec avantage de la soustraction de la cause matérielle gastrique qu'après l'emploi de la méthode palliative, qui, après avoir affaibli les symptômes qui seraient dangereusement accrus par l'émétique que réclame l'affection primitive, s'oppose aux inconvéniens qu'aurait cet agent s'il était directement employé.

Si, en effet, exclusivement dirigé par l'application de l'anatomisme ou du physiologisme, on ne voyait dans les paralysies sympathiques que la congestion sanguine du cerveau, les saignées générales ou locales seraient l'unique secours thérapeutique indiqué, et constitueraient à elles seules tout le traitement de ces maladies.

On prévoit sans peine que cette méthode aurait des résultats fort incomplets, et peut être même funestes. Chaque émission sanguine diminuerait sans doute les phénomènes paralytiques, mais cette amélioration serait précaire. Tant que la cause qui dans l'estomac détermine des lésions sympathiques existerait, la congestion sanguine du cerveau se renouvellerait, ainsi que les symptômes paralytiques. La surexcitation et la congestion cérébrales sont la conséquence de cette action sympathique, et non la cause primitive de la paralysie. Il est donc bien évident que c'est en vain que l'on persévèrerait dans l'emploi des saignées, puisque les effets sympathiques seraient sans cesse renouvelés, tant que leur cause persisterait. Il arriverait alors inévitablement que, sous l'influence de cette méthode aventureuse, le malade s'affaiblirait, les forces médicatrices perdraient leur énergie et leur puissance, la stimulation, indispensable à l'exercice des fonctions cérébrales, cesserait peu à peu de s'effectuer, et le malade s'éteindrait par degrés presque dans un état d'exsanguité. Au lieu que si, après avoir diminué la congestion cérébrale par une saignée, et affaibli ainsi l'action sympathique de l'estomac sur la tête, on passe de suite à l'emploi de l'émétique, la cause matérielle étant enlevée, les lésions vitales et organiques du tube digestif diminuent et se dissipent peu à peu en entier : alors la congestion sanguine ne se reproduit plus ou n'est plus entretenue, et les phénomènes paralytiques disparaissent ou sont au moins considérablement affaiblis.

Dans les cas où les phénomènes paralytiques ne cessent pas en entier, on a à rechercher, d'après les symptômes offerts par le malade, si leur durée est l'effet d'un reste de la congestion sanguine du cerveau qui peut avoir subsisté à la soustraction de la cause matérielle du tube digestif, ou bien si elle est l'effet d'un reste de cette cause, qui entretient encore les lésions vitales et organiques de ce tube et leur action sympathique sur l'encéphale.

Si l'on observe les symptômes qui traduisent le premier de ces états, la paralysie rentre alors dans le genre des idiopathiques, et doit être traitée par les saignées. Dans ce cas, les émissions sanguines locales sont préférables. Elles suffisent, en général, pour achever de combattre le reste de la congestion sanguine de l'encéphale, pour dissiper en entier les troubles des fonctions cérébrales, et ramener l'état normal.

Si, au contraire, les symptômes expriment que la durée de la congestion sanguine et les phénomènes paralytiques sont entretenus par un reste de matière dans l'estomac ou les intestins, alors il convient de poursuivre l'emploi des évacuans; et l'on administre les purgatifs par la bouche et en lavemens. C'est par ces agens qu'on parviendra à détruire complétement toutes les traces de la paralysie. Rarement on est obligé, dans ces cas, d'en venir aux agens révulsifs pour combattre les lésions cérébrales, et rendre plus promptement le malade à la santé.

Si, en suivant strictement les règles que nous venons d'exposer sur la thérapeutique de ces paralysies sympathiques, on ne ramène pas complétement le malade à l'état normal, on ne peut alors en accuser que l'atonie générale que la maladie et le traitement ont pu laisser à leur suite. On dirige dans cette circonstance contre cet état les agens toniques et un régime analeptique propre à hâter le retour des forces. Ces moyens atteignent communément le but qu'on se propose, savoir : le rétablissement de l'exercice de la sensibilité et du mouvement.

Des considérations thérapeuthiques générales auxquelles nous nous sommes livrés sur les paralysies sympathiques, nous nous croyons autorisés à établir qu'une pratique contraire aux règles que nous avons posées ne peut être dictée que par l'oubli formel des faits les plus décisifs qu'offrent les annales de la science, l'ignorance des lois des sympathies, l'application la plus vicieuse de la raison à la formation des maladies, ou les égaremens auxquels ne conduit que trop souvent l'abus des systèmes exclusifs.

Recherches sur les propriétés fébrifuges du chlorure d'oxide de sodium; par le docteur Gouzée, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers, médecin principal de l'armée belge, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

Le sulfate de quinine est un des moyens les plus héroïques, les plus sûrs, les plus commodes que possède la médecine. Administré en temps opportun et d'une manière convenable, il se prend avec facilité; son innocuité est parfaite, et on ne le voit que très-rarement manquer ses effets. Mais son prix élevé ne le met pas à la portée de toutes les fortunes, et il peut en outre arriver des circonstances où sa rareté augmente encore son prix. C'est le principal motif qui doit engager les médecins à diriger leurs recherches vers d'autres moyens propres à combattre les fièvres intermittentes, et celui qui trouverait un fébrifuge aussi puissant que le sulfate de quinine, et qu'on pût obtenir à un très-bas prix, serait un bienfaiteur de l'humanité, il rendrait un immense service à ces malheureuses populations des contrées marécageuses, pour qui la vie n'est qu'une lutte perpétuelle contre la fièvre et la misère.

Cette heureuse découverte était à faire, lorsque M. le docteur Lalesque, médecin attaché aux travaux des landes de Bordeaux, imagina d'employer, comme fébrifuge, le chlorure d'oxide de sodium. D'après un mémoire présenté par ce médecin à l'académie des sciences pour le concours du prix Monthyon, et qui fut inséré dans la *Revue médicale* (août et septembre 1835), il en obtint les plus heureux résultats. Selon lui, cet alcali chloruré, qui est d'une valeur à la portée de la classe la plus indigente de la société, est aussi actif que le sulfate de quinine, et peut le remplacer dans tous les cas où ce sel est indiqué dans les fièvres périodiques.

Nous n'accueillîmes d'abord cette nouvelle, nous devons l'avouer, qu'avec une extrême défiance. On prône

souvent avec trop d'enthousiasme les remèdes nouveaux, et, pour ne parler que des chlorures, tout le monde se rappelle le trop vif empressement que l'on mit naguère à les préconiser contre toutes sortes de maux. Et puis les observations consignées dans le mémoire de M. Lalesque nous paraissaient trop peu nombreuses et quelquefois peu concluantes. Nous venions en outre de lire la notice des travaux de la société royale de médecine de Bordeaux, par son secrétaire-général, M. le docteur Burguet, et nous y avions trouvé ces renseignemens sur les maladies régnantes dans les localités et à l'époque où M. Lalesque avait fait ses expériences : « Les fièvres intermittentes, dit M. Burguet, ont été » les maladies les plus communes ; mais elles ont pré- » senté des caractères si peu graves, *elles ont si faci-* » *lement cédé à toutes les médications*, qu'elles n'ont » fixé l'attention de la société que par rapport au grand » nombre de personnes qu'elles atteignaient ; » et cette assertion n'était guère propre à dissiper nos préventions. Cependant nous apprîmes, dans le mois d'octobre dernier, qu'un de nos confrères, pour qui nous professons le plus d'estime, M. le docteur Colson, médecin principal à Gand, venait d'obtenir de nombreux succès de l'emploi du fébrifuge de M. Lalesque, et il n'en fallut pas davantage pour nous engager à rechercher nous-mêmes à éclaircir cette importante question.

Or, pour constater l'efficacité d'un nouveau fébrifuge, plusieurs conditions sont indispensables. Il n'est pas seulement nécessaire que les localités impriment généralement aux fièvres intermittentes cette ténacité qui les empêche de céder à toutes les médications ; il faut encore avoir égard aux cas particuliers dans lesquels on fait les essais, à la saison, à la constitution médicale, qui seules, dans certaines circonstances, favorisent puissamment la guérison. Nous avons vu en effet cet automne, à Anvers, où les conditions les plus favorables à ces expériences sembleraient réunies, nous avons vu une foule de fiévreux se guérir spontanément peu après leur entrée à l'hôpital, où ils passaient tout à coup d'une vie active, d'une alimentation copieuse et peu choisie, au repos et à une diététique très-légère. Un autre point très-important encore, c'est de bien déterminer les qualités du médicament employé, et de faire connaître nettement le mode d'administration qu'on a suivi, conditions que n'a pas observées M. Lalesque, qui ne nous dit rien, dans son mémoire, des propriétés chlorométriques de la substance dont il a fait usage : prescrire, comme il le fait, une potion à prendre pendant l'apyrexie, sans indiquer positivement la manière, c'est obliger celui qui veut répéter les expériences à des tatonnemens peut-être infructueux, et le laisser dans une fâcheuse incertitude. On ne peut, ce nous semble, être trop minutieux, en pareille occurrence.

Nous avons eu soin d'apporter plus de sévérité dans nos expériences. Nous nous sommes servis de chlorure d'oxide de sodium récemment préparé, marquant 12° à l'aréomètre, et décolorant au moins dix-huit parties de sulfate d'indigo. Nous avons prescrit, dans la plupart des cas, un demi-gros de ce chlorure dans quatre onces d'eau distillée, potion conseillée également par M. Lalesque ; mais il faut observer que nos poids sont d'un tiers environ plus élevés que les poids français, et qu'en conséquence, la dose que nous avons employée a été constamment de dix gouttes à peu près plus forte que celle prescrite par ce médecin. Nous avons fait prendre cette potion de la manière que nous indiquerons dans nos observations, en faisant en sorte toujours que les dernières doses soient prises peu de temps avant l'accès que nous voulions combattre, et afin d'isoler autant que possible nos malades de toute influence contraire ; nous ne leur accordions en même temps qu'une alimentation très-légère, et nous leur faisions garder le lit, ou tout au moins la chambre.

Après avoir indiqué comment nous avons procédé, nous allons exposer les faits qui nous paraissent les plus concluans parmi ceux que nous avons recueillis, et nous finirons par les corollaires qui découleront naturellement de ces faits (1).

Obs. I. — *Fièvre tierce, huit accès ; potion chlorurée, encore un accès très-léger. Guérison.*—Amory, caporal, âgé de vingt-quatre ans, avait eu plusieurs fois la fièvre, mais n'en avait plus depuis longtemps éprouvé d'atteintes : sa constitution n'en était point restée altérée. Le 10 octobre 1835, étant en route par un mauvais temps pour se rendre à Anvers, il se sentit indisposé et ressentit dans l'après-midi un violent accès de fièvre qui revint, sous le type tierce, les jours suivans, vers les quatre heures de l'après-midi ; il se portait bien dans l'intervalle.

Le 22, jour de son entrée à l'hôpital, septième accès, qui se montre beaucoup plus tard, vers onze heures du soir. Le 23 au matin, il avait encore un peu de soif et de mal de tête ; la langue était large, recouverte d'un léger enduit ; le pouls, la chaleur, les selles étaient à l'état normal. (Diète, tisane ordinaire, séjour au lit.)

Le 24, huitième accès, comme le précédent, vers onze heures du soir ; mais frisson plus léger, sueur plus abondante.

Le 25, apyrexie.

Le 26, jour de fièvre, on prescrivit chlorure d'oxide de sodium, demi-gros ; eau distillée, quatre onces, à prendre par cuillerées, d'heure en heure. Le malade ne ressentit à l'heure ordinaire que quelques frissons dans les lombes et un peu de mal de tête. La fièvre ne se montre plus.

Cette observation nous offre un cas de fièvre intermittente si disposée à céder (*exquisita non irritata 7 ad summum 9 circuitibus absolvitur.* Hipp.), que le repos et une alimentation très-légère avaient déjà reculé l'heure des accès et influé favorablement sur leur intensité. On prescrivit une dose de chlorure, et un accès se montra encore, mais très-léger ; et quoiqu'on n'eût pas répété le médicament, ce fut le dernier.

---

(1) Plusieurs des observations qui suivent ont été recueillies par MM. Diez, Delmotte et Maton, médecins attachés à l'hôpital militaire d'Anvers.

Obs. II. — *Fièvre tierce; simples soins hygiéniques, disparution de la fièvre. Rechute, trois accès; chlorure. Guérison.* — Geuens, vingt-quatre ans, cheveux et teint bruns, visage coloré, avait eu au quartier trois accès de fièvre sous le type tierce. Entré à l'hôpital le 13 octobre, il fut mis d'abord au régime des maladies aiguës (diète, tisane commune, séjour au lit), et la fièvre ne reparut plus. Il avait recouvré ses forces, et il était désigné pour sortir le 26, lorsqu'il fut pris, le 24, vers six heures du soir, de fortes douleurs de la tête et des reins, de chaleur, d'agitation, qui durèrent toute la nuit. Le 25 au matin, il était encore couvert de sueur; le reste de la journée, apyrexie complète.

Le 26, second accès semblable à celui de l'avant-veille et revenu à la même heure. Le 27, apyrexie. Le 28, troisième accès pareil aux précédens, si ce n'est que la céphalalgie fut plus forte, mais moins durable. Le 29, nouvelle apyrexie. Entre temps les soins hygiéniques ordinaires avaient été repris et continués.

Le 30, jour du quatrième accès, le malade commença de bon matin à prendre la potion chlorurée, par cuillerées d'heure en heure. Il l'avait prise entièrement à cinq heures du soir; la fièvre ne reparut plus. On accorda graduellement des alimens et la guérison fut stable.

Voilà encore un exemple de fièvre intermittente bien peu rebelle, que le repos et le régime avaient guérie une première fois, et qui disparut promptement et facilement à l'aide des mêmes moyens et du chlorure, qui paraît ne pas avoir été ici sans influence sur la suppression subite des accès.

Obs. III. — *Fièvre tierce et rechute; succès dans les deux cas par le chlorure.* — Mademoiselle ***, âgée de treize ans, réglée, mais irrégulièrement, depuis l'âge de onze ans et demi, ne l'ayant plus été depuis trois mois, a éprouvé, depuis le printemps dernier, de fréquentes atteintes de fièvre intermittente, offrant toujours le type tierce. Le sulfate de quinine, administré d'abord comme fébrifuge, puis comme prophylactique, en triomphait avec beaucoup de facilité; mais la fièvre reparaissait bientôt, dès qu'on en cessait l'usage. La dernière récidive avait eu lieu à la fin d'octobre; mademoiselle *** avait repris ses couleurs; les fonctions, hors celles de l'utérus, n'avaient plus rien d'anormal, lorsque le 13 novembre au matin elle éprouva du froid, des bâillemens, de la soif, un peu de mal de tête, qui se dissipèrent bientôt. Le lendemain, elle était bien, mais ses joues avaient de nouveau perdu leur coloris. Le 15, avant le jour, nouveau refroidissement, puis coliques, vomissemens, selles copieuses et très-fétides, dans lesquelles on remarque des traces de sang; pouls fréquent, langue recouverte d'un léger enduit d'un blanc jaunâtre, douleurs dans les hypochondres, surtout du côté gauche; point de tuméfaction dans la région de la rate. Le 16, tout avait de nouveau disparu. On prescrivit la potion chlorurée à prendre par cuillerées de deux en deux heures, de huit heures du matin à dix heures du soir. Le lendemain, 17, plus de fièvre, aucun accident. Le 23, huitième jour à dater du dernier accès, et le 25 dans la matinée, retour de la pâleur, légère céphalalgie, soif. Le 26, la potion est prise de nouveau en entier. Le 27, nouveau retour à la santé. Nous prescrivîmes ensuite tous les matins deux cuillerées de la potion et la fièvre ne reparut pas dans les deux septenaires suivans.

Le sulfate de quinine, à la dose de six à dix grains, avait toujours, chez cette jeune malade, réussi à arrêter les accès. La potion chlorurée a également, et de prime abord, triomphé deux fois de la fièvre; la première fois après un accès marqué par des accidens graves, et la seconde après deux atteintes plus légères.

Obs. IV. — *Fièvre quotidienne, puis tierce; léger engorgement de la rate; chlorure, un accès moins intense. Guérison.* — Méchin, matelot, vingt-six ans, cheveux noirs, face d'un brun pâle, chairs un peu molles, sujet à la fièvre depuis plusieurs mois, entra à l'hôpital le 23 octobre. Depuis le 17, il éprouvait un accès tous les jours, vers cinq heures du soir; mais après son entrée, la fièvre changea de type, et les accès reparurent les 23, 25 et 27 vers midi. Durant l'apyrexie, la langue était large, enduite d'une légère couche muqueuse; une légère rénitence se montrait dans la région de la rate, et dans le principe une douleur se fit sentir dans cet endroit pendant les accès, qui disparut plus tard.

Le 28, dans l'après-midi, et le 29, avant l'heure de l'accès, le malade prend la potion chlorurée. L'accès se montre, mais avec beaucoup moins d'intensité.

Le 30 et le 31, la potion est prise de la même manière, et l'accès ne reparut plus. La rénitence qui existait dans la région de la rate s'évanouit peu à peu, et le malade sortit de l'hôpital le 16 novembre, sans avoir éprouvé de rechute.

Le changement de type de la fièvre, de quotidienne en tierce, après l'entrée du malade à l'hôpital, indiquait dans son affection une certaine mobilité, d'où l'on pouvait conclure qu'il n'était pas nécessaire, pour la combattre avec avantage, de déployer de puissans moyens fébrifuges. Mais la rate était manifestement souffrante, le malade était depuis longtemps sujet à la fièvre, et les chances de succès n'étaient pas si grandes que dans les cas précédens; cependant le chlorure réussit et nous vîmes disparaître peu à peu ensuite les traces de l'engorgement splénique. Voyons si nous continuerons à recueillir de pareils avantages dans des cas moins favorables encore à la réussite de notre fébrifuge.

Obs. V. — *Fièvre tierce, cinq accès; chlorure; guérison après quatre nouveaux accès qui avaient diminué progressivement.* — Caneyt, vingt-trois ans, robuste, mais pâle, affaibli par la fièvre, était sorti de l'hôpital le 6 novembre. Il y rentra le 16, quatre accès s'étant encore montrés sous le type tierce depuis son retour au quartier; il avait en outre une légère bronchite. Du reste les fonctions ne présentaient rien d'anormal; pas de souffrances, pas de tuméfaction dans la région de la rate. Les adoucissans, la diète et le repos mirent bientôt fin à l'irritation des bronches.

Le 18, cinquième accès, commençant à sept heures du matin par un frisson d'une heure. Le 19, apyrexie; po-

tion chlorurée à prendre en trois fois, midi, soir et le lendemain, une heure avant la fièvre.

Le 20, sixième accès, mais un peu moins intense; frisson d'une moindre durée. Potion chlorurée à prendre par cuillerées toutes les deux heures, à commencer après l'accès. Le 21, même potion à prendre en quatre fois, la dernière le lendemain de bon matin.

Le 22, septième accès, commençant à six heures; frisson plus intense que le précédent, mais dans son ensemble l'accès est plus court. Le 23, répétition de la potion comme le 21.

Le 24, huitième accès, mais léger, court, précédé seulement par une sensation fugace de froid dans les lombes. Le 25, potion comme précédemment.

Le 26, neuvième accès, consistant seulement en de légers frissons entre les épaules; chaleur légère, sueur nulle. Le 27, la potion fut encore prise et la fièvre ne se fit plus sentir.

Nous ne trouvâmes pas, chez ce nouveau malade, de traces d'engorgement de la rate; mais il était affaibli par de fréquentes rechutes, et le chlorure ne réussit pas d'une manière franche comme il a paru agir dans quelques-uns des cas précédens. Cependant, en considérant la diminution progressive des accès, on ne peut refuser à cette substance des propriétés fébrifuges réelles, à moins qu'on n'attribue, comme nous avons déjà été tenté de le faire dans la première observation, ces amendemens successifs aux périodes naturelles de la maladie, cessant d'elle-même vers le neuvième accès sous l'influence d'une médecine expectante hygiénique. Pour décider cette question, nous ne pouvons qu'invoquer l'autorité des anciens, manquant nous-mêmes d'expériences comparatives; car nous ne laissons jamais marcher aussi longtemps les fièvres intermittentes, suivant en cela le judicieux précepte de J. G. Franck (*De curandis hominum morbis, liber de febribus*, § 39.), précepte sanctionné d'ailleurs par l'expérience. Voyons si d'autres faits viendront éclaircir cette question.

Obs. VI.— *Fièvre quarte, trois accès; chlorure, accès moins intenses; sulfate de quinine. Guérison.*—Van de Walle, vingt-quatre ans, cheveux et teint bruns, robuste, eut un premier accès de fièvre le 18 octobre, à midi. Le 21, accès semblable au précédent, à la même heure. Entré à l'hôpital, il offrit, le 24, un troisième accès qui commença également à midi; la tête était très-douloureuse, la sueur dura toute la nuit. Les jours suivans, apyrexie; rien de remarquable d'ailleurs, pas de traces d'engorgement dans l'abdomen. Le 27, potion chlorurée à prendre dans la matinée avant l'heure de l'accès; en même temps diète, séjour au lit. L'accès revint, mais vers trois heures, moins intense, précédé par un frisson plus court, et sans être suivi de sueurs. On répéta la potion le 30, et les mêmes phénomènes fébriles à peu près reparurent. On mit fin aux accès au moyen du sulfate de quinine.

Il nous semble que ce fait, rapproché du précédent, doit nous porter à croire que c'est bien à l'usage du chlorure que doit être rapportée la diminution d'intensité des accès. Joignons-y encore le suivant.

Obs. VII. — *Fièvre quarte : diminution des accès par le chlorure.*—Malfroid, soldat du train, vingt-trois ans, avait la fièvre quarte depuis cinq semaines lorsqu'il entra à l'hôpital, le 17 novembre. Son teint était pâle, mais ni la rate, ni les autres organes ne manifestaient aucune altération. Le 19, accès à six heures du soir, comme de coutume; frisson de trois heures, chaleur, puis sueur toute la nuit. Les 20, 21 et 22, la potion est prescrite et répétée chaque jour, et prise par cuillerées toutes les deux heures. L'accès revint cependant le 22, à quatre heures, mais un peu moins intense; le frisson dura encore deux heures. La potion est répétée le 23 et 24 comme précédemment. Le 25, la dose du chlorure est portée à un gros, et on fait prendre la potion en quatre fois, la dernière une heure avant celle de l'accès. La fièvre reparaît à six heures, précédée encore par un frisson d'environ une heure. Le 28, douze grains de sulfate de quinine, un peu de froid aux pieds seulement à l'heure de l'accès, sueur la nuit. Guérison.

Nous avons donné ici le chlorure non-seulement les jours de fièvre, mais aussi pendant les jours d'apyrexie, et la dernière fois, jour d'accès, nous avons même élevé sa dose jusqu'à un gros, sans accroître visiblement son action; en effet, les accès ont continué à se montrer, en diminuant un peu, comme dans l'obs. VI, où nous n'avions donné qu'un demi-gros les jours des accès seulement.

Remarquons que, dans les deux observations qui précèdent, nous avons jugé convenable de mettre fin aux accès au moyen du sulfate de quinine, quoique leur diminution progressive pût donner lieu de croire leur extinction plus ou moins prochaine; nous ne pouvions continuer ces expériences sans causer du dommage aux malades en prolongeant, inutilement pour eux, le temps de leur maladie. Dans les faits qui suivent, au contraire, nous avons été forcé de recourir au sulfate de quinine, vu l'insuffisance du chlorure.

Obs. VIII.—*Fièvre quarte; chlorure, persistance des accès; sulfate de quinine. Guérison.* — Bodry, tambour, vingt-trois ans, ayant depuis cinq semaines de fréquens retours de fièvre intermittente pour laquelle il avait été traité à l'hôpital militaire de Bruxelles, puis encore au quartier, où on lui avait fait prendre du sulfate de quinine, entra à l'hôpital, le 24 octobre, ayant la fièvre sous le type quarte.

Le jour de son entrée, à quatre heures de l'après-midi, frisson d'une heure de durée, chaleur et sueur toute la nuit; d'ailleurs rien de remarquable. Les 25 et 26, apyrexie. Le 27, accès semblable au précédent, à cinq heures et demie. Les 28 et 29, apyrexie.

Le 30, jour de fièvre, potion chlorurée à prendre entièrement avant l'heure présumée de l'accès; en même temps, diète, séjour au lit. L'accès revient vers cinq heures, comme précédemment.

Le 2, on répète la potion; l'accès se montre vers deux heures avec la même intensité.

On prescrivit encore la potion le 5 et le 8, et la fièvre reparut toujours; la période de froid fut cependant la dernière fois un peu moins forte que de coutume. Enfin,

on eut recours aux sulfate de quinine, et douze grains de ce sel, pris le 11, réduisirent l'accès à une sensation très-légère de froid. Une nouvelle dose, donnée le 14, mit fin aux accès, et cet homme sortit le 26, sans avoir éprouvé de récidive.

Obs. IX. — *Fièvre quotidienne; chlorure, influence nulle sur les accès; sulfate de quinine. Guérison.* — Lefin, mineur, vingt-deux ans, avait eu en septembre une fièvre tierce qui avait été guérie par le sulfate de quinine. Après être resté un mois assez bien portant, il reprit la fièvre vers la fin d'octobre; les accès se montrèrent d'abord tous les jours vers quatre heures du soir. Après son entrée à l'hôpital, le 1er novembre, ils débutèrent chaque matin vers huit heures par un frisson qui durait deux heures. Durant l'apyrexie, Lefin était pâle et un peu bouffi, la râte tuméfiée produisait une légère résistance sous les côtes asternales gauches. (Diète, tisane commune, repos au lit.)

Le 4, après l'accès, potion chlorurée à prendre entièrement pendant l'apyrexie, la dernière dose avant six heures du matin. L'accès revient le 5 comme de coutume. La potion est répétée le 5 et le 6, et la fièvre reparaît chaque jour avec la même intensité. Le 8, seize grains de sulfate de quinine, partagés par doses de deux grains, sont pris pendant l'apyrexie. Le 9, un très-léger frisson seulement se fit sentir, et la fièvre ne revint plus. La bouffissure se dissipa peu à peu, Lefin reprit ses couleurs, et l'engorgement splénique disparut.

Obs. X. — *Fièvre tierce, sept accès; chlorure, aggravation, changement de type; sulfate de quinine. Guérison.* — Ortegat, vingt-deux ans, cheveux châtains, peau brunâtre, toujours bien portant, contracta la fièvre le 23 octobre au matin; elle vint ensuite régulièrement, de deux jours l'un, dans la matinée, en anticipant un peu.

Entré à l'hôpital le 27, une légère diarrhée réclama d'abord des soins particuliers; on observa entre temps les accès les 27, 29, 31 oct., 2 et 4 nov., les derniers commençant vers six heures du matin par un frisson d'une heure. La diarrhée céda bientôt à la diète et à une potion gommée édulcorée avec le sirop de pavot blanc.

Le 5, apyrexie parfaite, état normal de toutes les fonctions. (Potion chlorurée à prendre par cuillerées, dans l'après-midi et la nuit; diète, séjour au lit.) Le 6, accès à la même heure, plus intense, frisson plus long. Le 7, potion comme le 5. Le 8, un nouvel accès plus fort que celui du 6 se montre encore. Le 9, accès inattendu, semblable au précédent pour l'heure du début et l'intensité. Seize grains de sulfate de quinine sont donnés en huit doses, après l'accès, dans l'après-midi et la nuit, et la fièvre ne parut plus.

Dans les trois dernières observations, le chlorure n'eut aucune influence favorable sur la marche ni sur l'intensité des accès, à moins qu'on ne veuille tenir compte d'une légère diminution dans la période de froid, observée dans la viie observation. Nous vîmes même, dans la xe, la fièvre s'aggraver, les accès devenant plus rapprochés et plus intenses. Aurions-nous dû prescrire le chlorure d'une manière différente ou en augmenter la dose dans ces cas, qui offraient sans doute une résistance qui était loin de se rencontrer dans les premiers faits? Mais déjà nous avions donné, dans la viie observation, des doses plus fortes du médicament, sans en obtenir plus d'avantages. Au reste, nous pensons que ce point devra faire l'objet de nouvelles recherches.

Nous aurions pu multiplier les faits pour ou contre l'emploi du chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes, mais ils n'auraient fait que répéter d'une manière fastidieuse ceux que nous venons d'exposer, et ils n'auraient pas éclairci davantage les questions litigieuses.

Dans les dix cas qui viennent d'être cités, l'estomac était dans les meilleures conditions possibles pour recevoir le fébrifuge, et toujours nous avons aidé l'action de celui-ci en ordonnant concurremment le repos et la diète.

Nous avons vu deux fois la fièvre céder immédiatement (obs. 2, 3), deux fois après avoir offert encore un léger accès (obs. 1, 4), une fois après quatre accès qui avaient diminué progressivement (obs. 5). Dans deux cas où les accès avaient diminué d'intensité, il a paru nécessaire de recourir au sulfate de quinine (obs. 6, 7); dans deux autres cas, le chlorure n'a eu aucune influence sur la fièvre (obs. 8, 9); une fois, enfin, les accès se sont aggravés (obs. 10).

Dans cinq cas, la constitution des malades était plus ou moins altérée par la fièvre, et le chlorure a réussi deux fois (obs. 4, 5) et a échoué trois fois (obs. 7, 8, 9). Dans les cinq autres cas, les conditions étaient les plus favorables, et le chlorure a guéri trois fois (obs. 1, 2, 3) et n'a eu deux fois aucun effet avantageux (obs. 6, 10).

Il a paru produire d'utiles résultats dans cinq cas de fièvre tierce (obs. 1, 2, 3, 4, 5), et ses effets ont été nuls, incertains ou défavorables dans un cas de fièvre tierce (obs. 10), un de fièvre quotidienne (obs. 9), et trois de fièvre quarte (obs. 6, 7, 8).

Deux fois la rate était manifestement engorgée (obs. 4, 9), et nous avons vu la rénitence de l'hypocondre gauche se dissiper insensiblement. Notons ici que d'autres faits qui n'ont pu trouver place dans ce mémoire, nous ont montré également de pareils engorgemens s'évanouissant pendant l'usage du chlorure d'oxide de sodium, et soit que l'on considère cet engorgement comme la cause ou comme l'effet de la fièvre, cette remarque importante ne doit pas être négligée dans les recherches qui restent encore à faire sur cet agent thérapeutique.

Enfin, tous les faits rapportés constatent les effets inoffensifs du chlorure alcalin.

Nous pouvons, ce nous semble, déduire de nos recherches les corollaires suivans :

1° Le chlorure d'oxide de sodium a réellement des propriétés fébrifuges;

2° Il est loin, toutefois, d'offrir les effets sûrs et énergiques du sulfate de quinine;

3° Il ne peut donc pas remplacer le sulfate de quinine dans tous les cas où ce sel est indiqué dans les fièvres

périodiques, et il y aurait de l'imprudence, par exemple, à en hasarder l'usage dans les fièvres intermittentes pernicieuses;

4° Il n'est point irritant;

5° On peut y avoir recours dans les fièvres intermittentes récentes, disposées à céder, chez les individus facilement impressionnables, les femmes, les enfans, et l'essayer en général dans tous les cas où il n'y a pas de danger pressant;

6° La diminution d'intensité des accès pendant son usage est d'un bon augure, mais n'annonce pas toujours une guérison prochaine;

7° Il paraît avoir une influence avantageuse sur les engorgemens spléniques;

8° Il reste à rechercher si sa dose et son mode d'administration ne peuvent pas être utilement modifiés, si on ne pourrait pas l'associer à d'autres substances capables de rendre son action plus énergique, si, enfin, en continuant son usage, on parviendrait à diminuer la fréquence des récidives.

Anvers, 23 décembre 1835.

Note sur la cure des ganglions anciens par la ponction, l'évacuation du liquide qu'ils contiennent, et la compression; par le docteur Chailly. (Imprimé par décision de la Société de médecine).

L'opération dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir n'est pas neuve, si l'on ne la considère que dans ses effets. Il me semble que j'entends quelques-uns des confrères qui sont ici présens, se dire à eux-mêmes : Quoi, pratiquer une ouverture à un ganglion, que ce soit d'une manière ou d'une autre, le résultat n'en est pas moins certain; l'espèce de gelée qu'il contient sortira, l'ouverture pratiquée se refermera, et la tumeur, au bout de quelque temps, sera remplie de nouveau : le patient n'aura gagné à cette opération qu'une cicatrice en sus de la difformité dont il croyait pouvoir être délivré. Cette opinion, je le sais, est appuyée sur un grand nombre de faits, et je pourrais en citer aussi un très-récent. Mais, si ceux qui ont porté ce jugement de proscription sur l'opération que je viens proposer attendent un instant, il est probable qu'ils seront contraints de changer d'avis; car je crois bien avoir trouvé une manière de la pratiquer qui doit en assurer le succès.

La réussite de cette opération tient au choix du point de la circonférence de la tumeur où l'on pratique l'ouverture. Jusqu'ici, que je sache, ces tumeurs ont toujours été ouvertes à leur sommet. Or, comme, pour obtenir la guérison, il faut, après avoir vidé le kyste, obtenir l'adhésion de ses parois par la compression, alors l'ouverture s'en trouvait fermée, et le nouveau liquide, versé dans sa capacité, n'ayant point d'issue libre par où il puisse incessamment s'écouler, finissait en très-peu de temps, par la remplir de nouveau. En pratiquant l'ouverture sur le côté, on satisfait à toutes les conditions capables d'assurer la guérison. Alors la compression, au lieu de retenir le liquide dans le kyste, le force à s'échapper continuellement, et rien ne s'oppose à l'adhésion des surfaces.

Ce procédé tend à imiter ce qui se passe dans la cure des ganglions récens opérés par la pression. On sait que, quand ces tumeurs sont peu anciennes, le kyste cède à une pression plus ou moins forte; qu'il s'extravase dans le tissu cellulaire où il est repris par les vaisseaux absorbans; qu'au moyen d'un bandage compressif, maintenu pendant quelque temps, la cavité disparaît sans retour. Or, dans cette opération, la rupture du kyste a lieu toujours et inévitablement sur le côté.

Il existe sans doute quelques différences dans les effets de ces deux procédés. L'ouverture du kyste, lorsqu'elle est le résultat de la pression, doit être plus grande que celle qu'il est possible de pratiquer avec un trois-quarts, par exemple, et de plus, elle est le résultat d'une déchirure, et elle doit, par ces deux causes, avoir moins de disposition à se refermer. J'ai pensé, et l'expérience a confirmé mon opinion, que la tunique dont le kyste est formé ayant peu ou point d'élasticité, l'ouverture, quelque petite qu'elle fût, ne se refermerait pas, et qu'il suffisait qu'elle ait assez d'étendue pour laisser un libre passage au fluide, à mesure qu'il serait versé sur les surfaces de la tunique du kyste.

Dans toute autre occasion, messieurs, je n'appellerais pas expérience celle qui reposerait sur un aussi petit nombre de faits que celui dont j'ai à vous donner connaissance. Il existe des questions que des milliers d'observations laissent et laisseront peut-être toujours incertaines. Mais ici il me semble qu'il suffirait d'une seule, pour mette la possibilité de guérir, par la ponction, les ganglions invétérés hors de doute. Les voici; elles ne sont qu'au nombre de deux :

M. Epelé, demeurant rue Montorgueil, n° 153, portait, depuis environ trois ans, sur l'articulation de la première phalange du gros orteil, avec le métatarse du pied gauche, un ganglion du volume d'une forte noix. On comprend que, placée comme elle l'était, cette tumeur devait être pour lui une chose très-pénible et même intolérable; aussi désirait-il fortement en être délivré.

L'occasion s'offrait de mettre en pratique le mode d'opération que j'avais conçu depuis quelque temps; je crus devoir la saisir et pouvoir opérer au moins sans aucun danger pour le sujet. Je fis faire exprès un très-petit trois-quarts. L'opération eut lieu le 30 août de cette année. Je plongeai l'instrument, comme je l'ai dit, dans un des points de la circonférence, près de la base de la tumeur. Il sortit par la canule environ une cuillerée à bouche d'une sorte de gelée, d'une couleur ambrée, et d'une transparence remarquable. Après avoir exprimé du kyste, autant que possible, tout ce qu'il en pouvait contenir, et avoir retiré la canule, je fis un pansement compressif. Il se composait de petites compresses étroites et longues mouillées dans de l'eau frai-

che légèrement alcoolisée, placées sur la tumeur, se croisant les unes les autres et maintenues par un bandage. Je prescrivis d'humecter de nouveau le pansement toutes les fois qu'un peu de chaleur se ferait ressentir dans la partie opérée. Cette prescription fut exactement suivie ; M. Epelé garda le repos tout le jour. Le lendemain matin il rétablit lui-même le pansement qui s'était dérangé pendant la nuit, et reprit ses occupations. Aujourd'hui il ne reste plus aucune trace ni de la maladie ni de l'opération.

Le nommé Lamour, âgé de 12 ans, fils du portier de la maison n° 153, rue Montorgueil, avait, à la main droite, sur l'articulation du radius avec le carpe, un ganglion du volume d'une noisette. Il le portait depuis plusieurs années sans savoir précisément quand il avait commencé. Je l'ai opéré dans le mois d'août 1835, de la même manière et avec un égal succès. Le kyste contenait environ une cuillerée à café de matière gélatineuse, absolument incolore et d'une parfaite transparence. Le pansement compressif a été fait comme il a été dit tout à l'heure, il a été également humecté pendant les premières 24 heures, et il est resté en place jusqu'au quatrième jour. A cette époque le kyste était gonflé de telle sorte, qu'on aurait pu croire qu'il recommençait à s'emplir. Le huitième jour il présentait assez exactement la forme d'une amande. Ensuite son volume a toujours été en diminuant, et enfin la région du poignet, où il avait été situé, n'a plus rien offert de remarquable.

Ainsi, dans ces deux cas, aucun accident ne s'est présenté. Cependant la douleur de la ponction, faite dans des parties où la peau est peu tendue, est très-douloureuse. Il serait à désirer qu'il fût possible de la faire avec un instrument qui pénétrât plus facilement que ne le fait le trois-quarts. Mais aussitôt que la canule est retirée, la douleur commence à s'apaiser, et un quart-d'heure après il ne reste plus qu'un sentiment incommode qui, lui-même, se dissipe promptement.

Messieurs, l'empressement que j'ai mis à vous communiquer ces deux seuls faits, s'il paraît excessif, n'est pas sans excuse. Si le mode que je propose n'est pas aussi nouveau que je le crois, ce sera deux faits de plus à ajouter à ceux qui sont déjà connus. S'il est nouveau, comme dans la pratique civile à Paris les cas d'opération sont rares, il pourrait arriver qu'il ne vienne pas à s'en présenter à moi avant la fin de ma carrière, nos confrères des hôpitaux, prévenus par la communication que j'ai l'honneur de vous faire, trouveront de fréquentes occasions de le mettre en pratique ; enfin, messieurs, dans l'un ou l'autre cas, je vous aurai donné un nouvel exemple du zèle qui m'anime pour les progrès de la science, et du désir que j'ai de concourir selon mes faibles moyens aux importans travaux de la société.

—

Observation d'une angio-leucite, traitée inutilement par les émissions sanguines, guérie par la compression, lue à la Société de Médecine ; par M. le Docteur Lemoine, et imprimée par décision de la Société.

Un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, d'une taille élevée, d'une constitution détériorée par l'habitude de la masturbation, fit, vers le milieu du mois de mai, une chute de cheval ; la jambe gauche se trouva engagée sous le corps de l'animal. Il fut transporté chez lui ; un médecin lui appliqua quarante sangsues sur l'endroit douloureux, et lui recommanda le repos ; malgré cette recommandation, il alla danser au bout de quelques jours ; il survint alors un furoncle, dont le bourbillon fut éliminé dans le délai ordinaire. Il fit à pied un trajet de plusieurs lieues pour se rendre à Paris, et éprouvant de vives douleurs dans la jambe, il s'alita. Je le vis le 28 juin dernier. Autour de la solution de continuité, par laquelle le tissu cellulaire gangréné est sorti, on sent un engorgement profond occupant une aire d'environ un pouce de diamètre. Un ganglion engorgé, et gros comme une petite noix, existe dans le pli inguinal correspondant. L'appareil digestif, la respiration, la circulation sont dans l'état normal (cataplasmes sur toute l'étendue du membre, boissons nitrées, eau de poulet). La nuit a été fort agitée ; le malade se plaint d'une chaleur brûlante dans la jambe, on voit une traînée de vaisseaux lymphatiques enflammés partir de l'engorgement dont j'ai parlé, et se diriger vers la partie interne de la fosse poplitée. Pendant plusieurs jours, je combats cette inflammation par des saignées générales et locales, des boissons délayantes, des topiques adoucissans ; l'érysipèle continue à faire des progrès, le moral du malade s'affecte ; j'avais poussé assez loin les émissions sanguines chez un sujet affaibli par la déplorable habitude de l'onanisme ; ayant lu avec attention les observations de M. Velpeau sur l'utilité de la compression dans les érysipèles phlegmoneux, me rappelant les avantages des frictions mercurielles dans les phlébites, je proposai ce double moyen aux parens du malade qui le rejetèrent. Je demandai alors une consultation qui me fut accordée ; je désignai M. Velpeau. Ce savant professeur, après avoir examiné l'état de la jambe et de la cuisse, s'assure que les vaisseaux lymphatiques seuls sont enflammés ; il prescrit des frictions mercurielles à la dose de six gros par jour en trois fois, de grands bains, et cela pendant deux jours ; un large vésicatoire au-dessus du genou, et ensuite la compression si les moyens précédens n'amènent pas de résultats avantageux. Les frictions sont pratiquées avec soin ; la chaleur brûlante de la jambe diminue ; l'érysipèle a été borné sur la face antérieure de la cuisse, mais il continue sur ses parties latérales ; je me décide donc, après l'expiration des deux jours convenus, à recourir à la compression. Avant de l'employer, l'état du membre est le suivant : la jambe est beaucoup plus volumineuse que celle du côté opposé ; la température en est bien plus élevée que celle du

reste du corps, les vaisseaux lymphatiques enflammés lui donnent une couleur rouge presque uniforme; de larges phlyctènes existent à la face antérieure de la rotule et sur ses parties latérales; la pression fait reconnaître un engorgement notable dans toute l'étendue de la jambe. Les régions sous malléolaires sont remplies avec des compresses semi-lunaires, et je fais la compression. Le lendemain, le malade me dit avoir éprouvé un soulagement marqué: il a l'espoir de guérir prochainement. La rougeur de la jambe est moindre, la tuméfaction moins considérable; je donne issue à la sérosité des phlyctènes: je les panse ainsi que le vésicatoire avec du linge enduit de cérat; la compression est encore continuée pendant dix jours. Au bout de ce temps, il n'y avait plus qu'un léger œdème à la face dorsale du pied qui n'a pas duré. Dans les jours suivans, l'épiderme s'est enlevé par larges plaques squameuses. Le malade a pris plusieurs grands bains; au moment où je parle, il éprouve encore dans l'articulation un peu de faiblesse, résultat de la chute qu'il a faite, et pour laquelle je lui ai conseillé l'usage d'une guêtre bien faite.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

FÉVRIER 1836.

Mémoire sur l'état matériel ou anatomique des os malades, présenté à l'Académie des Sciences ; par Gerdy, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Les maladies organiques des os étant un sujet fort obscur et fort peu connu, j'y ai depuis longtemps porté toute mon attention. Dès mes premières recherches, je m'aperçus que notre ignorance était plus profonde que je ne supposais, car je sentis que nos connaissances sur la structure des os dans l'état sain étaient loin de nous rendre compte de leurs lésions dans l'état maladif.

Dès ce moment mes recherches prirent une autre direction. J'étudiai d'abord l'organisation des os à l'état sain : ce sont les résultats de ces recherches que je présentai, en 1835, à l'Académie des Sciences, et que je publiai, à cette époque, dans le *Bulletin clinique* (1). Aujourd'hui, j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie un cours exposé du résultat de mes recherches sur l'inflammation et les lésions organiques des os ; et comme cette affection s'unit à presque toutes les maladies de ces organes, je la suivrai dans celles où l'on peut l'observer.

L'inflammation des os ou ostéite est une maladie beaucoup plus commune qu'on ne le croit et qu'on ne l'enseigne. Aussi est-ce une grande erreur de placer les os au dernier rang des organes, sous le rapport de la fréquence des inflammations. Parcourez les hôpitaux, vous y trouverez, en tout temps, un nombre considérable d'affections des os, où l'inflammation complique toujours la maladie principale, quand l'ostéite n'est pas, elle-même, la maladie principale. Ainsi dans les plaies, les contusions des os, les fractures, dans les caries, les tumeurs blanches, les périostoses, les exostoses, l'ostéo-sarcôme, les *spina ventosa*, les tubercules des os, il y a toujours inflammation du tissu osseux, comme le prouvent les faits dont je vais parler ; et il est d'autant plus aisé de s'en assurer, que l'inflammation laisse dans les os des empreintes beaucoup plus durables et plus manifestes que dans aucun autre tissu, des empreintes qu'on peut reconnaître au bout d'un siècle comme un mois après la mort des malades.

La fréquence de l'ostéite est d'ailleurs facile à comprendre, d'après ce que j'ai dit dans mon Mémoire sur l'organisation des os à l'état sain.

L'ostéite est rarement simple, et probablement elle ne l'est jamais que peu de temps. Du moins on trouve, presque constamment, dans les os enflammés, des traces d'une inflammation plus ou moins prononcée du périoste et de la moelle, et souvent, en même temps, une inflammation *sous-diarthrique*, ou du tissu cellu-

(1) Voici, en quelques mots, le résultat de ces recherches ; les os sont composés, 1° de tissu compacte, 2° de tissu canaliculaire, 3° de tissu canaliculaire entrecoupé, 4° de tissu réticulaire.

1° *Le tissu compacte*, n'est qu'un composé de tubes osseux très-fins et très-serrés, parallèles à l'axe de l'os dans les os longs, quelquefois convergens dans les os plats, vers les points primitifs d'ossification. Les sillons que l'on voit à la surface des os longs, de certains os plats, comme les pariétaux, pénètrent souvent, dans les canalicules du tissu compact, et même dans le diploé des os plats ; 2° *le tissu canaliculaire* est le tissu qu'on appelle mal à propos tissu spongieux dans les os longs. C'est un ensemble de canalicules longitudinaux, criblés de trous dans leurs parois communes, en sorte qu'ils communiquent les uns avec les autres ; 3° *le tissu canaliculaire entrecoupé* est aussi formé de canalicules, mais de canalicules entrecoupés par des lames et des filets osseux qui leur donnent une apparence tellement celluleuse qu'on pourrait encore l'appeler tissu aréolaire ou celluleux. On serait même d'autant mieux fondé, qu'il présente des aréoles arrondies et non tubulées. Ce tissu occupe les épiphyses des os longs, les os courts et l'intervalle des lames des os plats. 4° Enfin le tissu réticulaire est un réseau formé de filets osseux solides qui occupent la cavité médullaire des os longs. On en trouve, aussi, dans les os courts qui ont une cavité médullaire, et c'est le plus grand nombre.

Les vaisseaux constituent de réseaux très-fins, à parois excessivement minces, qui se répandent dans tous les canalicules, et qui s'y anastomosent sans cesse à travers les trous de communication dont j'ai parlé, et au sein de la moelle qui les enveloppe. La moelle est un tissu cellulo-graisseux qui est le même dans les cavités médullaires et dans les cavités canaliculaires. Elle est seulement moins abondante dans les canalicules vasculaires très-fins des os que dans les canalicules plus larges, et surtout que dans les cavités médullaires.

laire qui unit les cartilages diarthrodiaux avec les extrémités articulaires des os. Assez souvent même des abcès existent au voisinage de l'os malade; et soit que la maladie ait commencé par le périoste, la moelle ou le tissu sous-cartilagineux, elle se propage promptement aux autres parties de l'os.

L'ostéite se complique aussi d'hyperostose, d'exostose, de formations morbides accidentelles. Enfin dans le *spina-ventosa*, dans la nécrose, dans les plaies des os, les contusions, les fractures, les luxations non réduites, l'ostéite complique bientôt, à son tour, ces maladies.

L'ostéite se montre dans le tissu compacte, dans le tissu réticulaire, le tissu canaliculé et le tissu celluleux ou canaliculaire entrecoupé, si rare dans les os longs, mais très-abondant au sein des os larges, et assez commun, encore, dans les os courts. Il s'en faut bien d'ailleurs qu'elle ne se montre que rarement dans le tissu compacte, car elle s'y développe toujours promptement par l'inflammation des autres tissus de l'os, quand elle n'y a pas eu son siége primitif, comme le prouvent les altérations fréquentes qu'elle y laisse. Ces faits, ceux que j'ai cités tout à l'heure, en parlant des complications de l'ostéite, et que j'exposerai plus bas avec plus de détails, prouvent encore qu'un os s'enflammant dans un point de ses différens tissus, l'inflammation s'étend rapidement aux autres tissus de l'os ou même aux tissus voisins.

Les os enflammés sont gonflés : mais tantôt ils sont plus légers, beaucoup plus légers; tantôt ils sont plus lourds et d'une pesanteur spécifique plus considérable.

Je ne les ai jamais évidemment trouvés plus mous que dans l'état sain, et je crois qu'on s'est trompé tout à fait, à cet égard, en prenant leur fragilité pour un ramollissement qui n'existe pas.

Leur structure est plus ou moins altérée, et présente trois modes d'altération fort différens, qui peuvent exister ensemble dans le même os. Tantôt elle est raréfiée, tantôt elle est plus compacte dans certains points, tantôt elle est érodée, cariée; de là l'ostéite *raréfiante*, l'ostéite *condensante*, et l'ostéite *ulcérante* ou carie.

L'ostéite raréfiante diminue la pesanteur spécifique de l'os, et le rend plus fragile. Elles consiste dans la dilatation des sillons, des canalicules et des ouvertures vasculaires. Probablement même, ces ouvertures sont plus nombreuses que dans l'état sain. Elle sont d'ailleurs arrondies comme les vaisseaux qui les traversent, et quand on arrache le périoste, leurs vaisseaux déchirés laissent ces ouvertures rouges et pleines de sang. Ces orifices sont quelquefois si larges, qu'on y introduit aisément une grosse tête d'épingle ou une plume de pigeon. On trouve quelquefois à la surface ou dans le tissu des os, des ouvertures petites ou grandes, non arrondies comme les précédentes. Elles sont produites par l'absorption qu'exercent les vaisseaux et le tissu cellulo-vasculaire qui se développe autour d'eux. Quand un os est enflammé généralement, son conduit nourricier principal, s'il en a un, double parfois de largeur. Je possède un tibia, entre autres, où le conduit nourricier principal a un diamètre plus que double de l'ordinaire, et qui est d'ailleurs convert d'une multitude de trous vasculaires si gros, qu'on les distingue parfaitement bien à plusieurs pieds de distance. Quelquefois, chose singulière, le conduit nourricier principal se prolonge en tube libre et isolé dans l'intérieur de l'os, comme si ce tube avait été sécrété par l'artère et la veine qu'il enveloppe! Je possède deux exemples de ce genre dans ma collection.

Les canalicules vasculaires dilatés dans le tissu compacte, sillonnent sa surface extérieure, et donnent à sa substance intérieure l'apparence du tissu canaliculaire non entrecoupé ou entrecoupé. Quand on scie un os long raréfié par l'inflammation, ou, si l'on veut, dans l'inflammation, un tibia, par exemple, les canaux vasculaires du tissu compacte sont tellement dilatés, que les parois de la cavité médullaire, très-épaissies, présentent dans leur coupe un aspect analogue à celui du tissu canaliculaire de l'intérieur de l'os. Au premier abord on est tenté de croire que les parois du canal se sont entièrement métamorphosés en tissu canaliculaire, et se sont confondues en une seule masse avec celui qui remplit la cavité intérieure de l'os sous forme de tissu spongieux.

Si l'on divise le même os en travers, on obtient une coupe perpendiculaire des canalicules de tissu compacte, dont les embouchures irrégulièrement arrondies sont béantes sur cette coupe des parois du canal médullaire et autour de son orifice. J'en ai plusieurs cas dans ma collection.

Le tissu canaliculaire, dit spongieux, a aussi ses canalicules dilatés et leurs parois sont minces et fragiles. Souvent ces canalicules sont plus courts, et la cavité médullaire s'approche beaucoup plus près des extrémités de l'os. Cette cavité est vide ou remplie de tissu réticulaire. J'en possède plusieurs exemples.

Les canalicules entrecoupés ou le tissu aréolaire offrent aussi des vides beaucoup plus considérables. Voilà les changemens manifestes qui expliquent pourquoi un os ainsi altéré a une pesanteur spécifique moindre; pourquoi il est plus fragile, et pourquoi il est plus facile à écraser et à couper sans être évidemment plus mou. En effet, comme les os qui paraissent ramollis se montrent aussi durs que les autres, lorsqu'on les a dépouillés de toutes leurs parties molles, au moyen d'une macération qui aurait dû les ramollir encore davantage s'ils l'étaient réellement, je suis obligé de douter de leur ramollissement. Ne suis-je pas même obligé d'y refuser ma croyance?

Les canalicules dilatés dans l'intérieur des os sont remplis de moelle rouge, mais il est difficile d'en distinguer les vaisseaux tant ils sont fins et déliés. Ils y paraissent ramifiés, multipliés avec excès, et y sont probablement plus gros qu'à l'état normal. Mais leur augmentation de volume y est moins évidente que dans les sillons et les trous vasculaires de la surface de l'os, et surtout que dans le conduit nourricier, lorsqu'il est largement dilaté. D'ailleurs, les vaisseaux ne forment point un système caverneux comparable à celui de la

verge. Je ne puis à cet égard partager la pensée de M. Cruveilhier. Il est aisé de voir dans les amputations des membres, au sang qui s'écoule du tissu de l'os et de la moelle coupés, que leurs vaisseaux sont des capillaires très-fins. Dans les amputations du pénis, au contraire, le sang s'écoule généralement en nappe, comme s'il sortait d'une éponge.

Dans l'*ostéite condensante* le tissu compacte est épaissi et quelquefois plus dense; le tissu canaliculaire, le tissu réticulaire le sont souvent aussi. Ce dernier présente parfois des noyaux vermiculaires, et d'ailleurs l'os offre souvent alors, à sa surface externe, des sillons, des ouvertures vasculaires plus prononcées que d'habitude, et à l'intérieur des canalicules plus larges, soit dans l'épaisseur du tissu compacte, soit dans l'épaisseur du tissu canaliculaire. Il est à la fois aussi plus dense en certains points, plus rare dans d'autres. Quand cet excès de densité l'emporte sur la raréfaction, la pesanteur spécifique de l'os entier est plus grande que dans l'état sain.

Le tissu compacte présente à la coupe l'aspect de la pierre sciée. Il en est de même du tissu canaliculaire et du tissu réticulaire condensés aussi. Souvent alors l'altération de ces tissus oblitère complétement le canal médullaire des os longs, qui semble rempli d'une substance pierreuse. Les noyaux vermiculaires du tissu réticulaire ressemblent à des pelotons de vermisseaux entortillés, qui remplissent le canal médullaire en totalité ou en partie dans les lieux qu'ils occupent, et ils sont parfois, surtout quand ils sont volumineux, formés, au centre, de substance compacte très-dure.

La raréfaction vasculaire des os est évidemment produite par la résorption que les vaisseaux canaliculaires, leurs ramifications, le tissu cellulaire ou les tissus de nouvelle formation qui les environnent, exercent à la circonférence; dans les ouvertures et les canalicules vasculaires. On n'en saurait douter, car il n'y a aucune trace de détritus osseux autour des vaisseaux, comme cela devrait être si l'aggrandissement des ouvertures et des canalicules vasculaires était le résultat d'une usure mécanique.

La compacité de l'ostéite condensante est évidemment un produit de sécrétion intérieure. On n'y distingue pas toujours de canalicules vasculaires, soit qu'ils soient oblitérés, s'il y en a eu, soit que l'ostéite compacte se soit développée par juxtà-position ou superposition.

Quelle est la composition chimique de ces altérations? J'ai soumis pendant 24 heures à l'action de l'acide hydrochlorique étendu d'eau deux fragmens d'os, l'un raréfié et l'autre condensé. Quand ils furent entièrement ramollis par la dissolution des sels calcaires, et devenus aussi mous que les parties molles, je les fis sécher, je les pesai, et je reconnus que le fragment raréfié avait perdu les sept dixièmes de son poids, et le fragment condensé les deux tiers. Le reste était de la gélatine.

Dans l'*ostéite ulcérante* ou *carie*, l'ulcération de l'os offre toujours une suppuration plus ou moins abondante.

Cette ulcération ou carie est tantôt superficielle, et présente une surface rugueuse, vermoulue : tantôt profonde, sinueuse et encore rugueuse. Jusqu'à présent on a méconnu le caractère vasculaire de ces rugosités, de cette vermoulure. On n'a pas vu qu'elles sont dues à l'augmentation morbide des ouvertures des sillons vasculaires, et à la formation d'ouvertures irrégulières produites par la résorption du tissu osseux.

Sous la surface rugueuse d'une carie superficielle, autour de la surface fistuleuse d'une carie profonde, existe, d'ailleurs, une ostéite plus ou moins profonde avec tous les caractères anatomiques décrits précédemment.

Enfin, à la surface ou dans la profondeur de cette ostéite, s'observent souvent, très-souvent, des esquilles qui se présentent sous la forme de granulations, d'aiguilles, de lames, de noyaux arrondis ou hérissés, toujours irréguliers à leur surface. Ces esquilles sont des portions d'os enflammées, séparées des autres parties par une inflammation circonférentielle, ulcérante et suppurante, qui les a frappées de mort, comme ces portions de tissu cellulaire enflammées dans un phlegmon, qui sont aussi frappées de mort par une inflammation circonférentielle ulcérante et suppurante. Ces esquilles, ayant été enflammées avant d'être séparées des parties vivantes voisines, conservent encore les traces de l'inflammation. Aussi, quand elles ont un volume sensible, celui d'un pois, par exemple, et qu'elles sont extraites sur le vivant ou sur le cadavre, immédiatement après leur séparation des parties ambiantes, sans avoir macéré dans le pus, elles sont rouges et sanglantes. On reconnaît, après les avoir fait macérer dans l'eau et les avoir appropriées et desséchées, qu'elles sont formées de tissu osseux raréfié, fragile et non ramolli, qui a tous les caractères du tissu osseux enflammé par une ostéite raréfiante. Ces caractères sont si évidens, qu'on ne peut jamais les confondre avec les esquilles compactes de la nécrose, qui sont d'ailleurs frappées de mort par un mécanisme tout différent, comme nous le démontrerons plus bas.

Des différences si profondes m'engagent à désigner particulièrement sous le nom *d'esquilles* les fragmens osseux raréfiés et nécrosés de la carie, et particulièrement, aussi, sous le nom de *séquestre*, les fragmens compacts non raréfiés et non enflammés de la nécrose. C'est dans ce sens que j'emploierai maintenant ces deux expressions; le langage de la science y gagnera plus de précision, et les différences de la carie et de la nécrose, si obscures jusqu'à ce jour, frapperont davantage l'esprit du lecteur.

On a dit, dans ces derniers temps, que les esquilles de la carie diffèrent du séquestre de la nécrose par la perte de la gélatine. Je me suis assuré, par mes propres recherches, que le fait n'est pas exact, ou que du moins il n'est pas constant. Mais pour donner plus d'autorité à ces faits, j'ai prié M. Barruel aîné, chef des préparations de chimie à la Faculté de Médecine de Paris, de s'assurer s'il y avait de la gélatine dans une esquille de carie, de la grosseur d'une noisette. Eh bien, ce noyau, soumis

à l'action de l'acide hydrochlorique affaibli, perdit ses sels calcaires et sa solidité, et devint mou, compressible, léger, sans rien perdre de sa forme qu'il reprenait d'ailleurs par sa seule élasticité, et comme une éponge, aussitôt que l'on cessait de la comprimer. Il restait composé de gélatine.

Dans l'*ostéite périostique* ou compliquée de la phlegmasie du périoste, cette membrane est plus épaisse et plus ou moins adhérente à l'os que dans l'état sain, ramollie ou indurée, et injectée de vaisseaux plus volumineux et parfois plus nombreux.

Quand elle est plus adhérente, cette disposition est due, surtout, à ce que les vaisseaux qu'elle envoie dans le tissu osseux sont plus gros et par conséquent plus résistans; à ce que les vaisseaux qui sillonnent habituellement la surface de l'os sont engagés dans des sillons plus profonds; et, souvent, à ce que le périoste embrasse exactement les concrétions osseuses irrégulières qu'il a sécrétées, et s'enfonce avec ses vaisseaux dans leurs anfractuosités.

La profondeur des sillons de l'os provient elle-même de la sécrétion des fluides ossifians ou ostéogènes qui ont été versés sur les bords de ces sillons par leurs vaisseaux eux-mêmes, ou par le périoste malade.

Les concrétions osseuses dont je viens de parler s'observent à la suface des os. Elles ont plus ou moins d'étendue et sont quelquefois très-considérables. Tantôt, elles ressemblent aux gouttes d'un fluide concrétées à la surface des os; d'autres fois, ce sont des écailles, des lames irrégulières d'une épaisseur inégale; dans d'autres cas, ce sont des saillies irrégulièrement arrondies et agglomérées; d'autres fois enfin ce sont des éminences mamelonnées, styliformes, faisant une saillie considérable.

D'ailleurs, toutes ont leur surface, ou des points de leur surface, lisses et polis; la plupart ont une surface raboteuse, chagrinée; il en est enfin dont la surface est criblée de trous vasculaires, et dont les conduits pénètrent jusque dans la masse des concrétions, qui ressemble alors au tissu des os enflammés.

Ces concrétions sont évidemment le produit de l'inflammation ou de l'irritation du périoste. C'est cette membrane qui les a sécrétées; et quand elles sont criblées d'ouvertures et de canalicules vasculaires, leur raréfaction prouve alors que des vaisseaux de nouvelle formation s'y sont développés dans le temps où le liquide sécrété qui leur a donné naissance était encore fluide.

Quand l'ostéite est compliquée de l'inflammation du tissu médullaire, et par là j'entends tout le tissu adipeux des os, (car à cet égard on ne peut pas y admettre deux tissus différens, comme l'a fait Bichat), la moelle est ou universellement ou particulièrement rouge et enflammée. Dans ce dernier cas, l'inflammation se montre tantôt sous la forme de taches rouges, tantôt sous la forme de masses rouges plus ou moins considérables. La couleur en est rarement d'un rouge-vif, elle est ordinairement d'un rouge-brun, couleur lie de vin. Elle est grise ou d'un gris-bleuâtre dans l'inflammation chronique. Ramollie et même diffluente dans certains cas, la moelle est souvent endurcie, dans quelques ostéites chroniques, par exemple, dans celle qui est si souvent consécutive aux anciens coups de feu. Enfin dans d'autres cas, la moelle est comme ecchymosée; elle présente de véritables épanchemens sanguins et même des points en suppuration.

Quand l'ostéite occupe les parties articulaires des os et quand elle est compliquée d'inflammation diarthrodiale ou de *sous-diarthrite*, comme dans un grand nombre de tumeurs blanches, la coïncidence de ces deux affections est due ordinairement à une origine commune.

Le tissu cellulaire qui unit les cartilages diartrodiaux à l'os et qui forme une lame invisible dans l'état sain, tant elle est mince, prend alors une épaisseur considérable, soit par suite de son développement, soit par suite de sécrétions organisables qui ajoutent à son épaisseur. Les cartilages s'amincissent par résorption, sans laisser aucun détritus de leur usure, et tantôt ils deviennent minces et flexibles comme un morceau de parchemin mouillé, sans qu'on puisse être sûr de leur ramollissement, car leur flexibilité peut tenir à leur minceur; tantôt ils se perforent et laissent saillir, par leur perforation, la lame cellulaire sous-cartilagineuse devenue rouge et tomenteuse; tantôt, enfin, ils disparaissent totalement sans laisser jamais de produit d'une usure mécanique. Alors la surface articulaire des os semble revêtue d'une fausse membrane épaisse, veloutée, tomenteuse, d'un rouge-brun ou grisâtre. Mais quand on enlève cette membrane, que trouve-t-on? les os à nu et plus de cartilages. Ils ont entièrement disparu. Les auteurs qui ont cru voir, alors, une fausse membrane, ou une inflammation de la synoviale prolongée sur les cartilages enflammés se sont donc trompés. Ils se sont d'autant plus trompés, à mes yeux, qu'il est douteux, pour moi, que les cartilages s'enflamment et qu'ils se ramollissent. Il me paraît même douteux que la synoviale se prolonge sur toute la surface des cartilages diarthrodiaux, et il est certain que, s'il y a une membrane, comme j'ai, une fois, cru l'apercevoir, elle diffère autant de la synoviale par ses propriétés que la membrane antérieure de la cornée transparente diffère de la conjonctive.

Il est douteux, disais-je, que les cartilages s'enflamment. Comment pourrait-il en être autrement, pour moi? Les maladies articulaires où on les trouve perforés et détruits dans une étendue considérable, sont fort communes; j'en ai vu beaucoup, et, depuis longtemps, je cherche vainement des inflammations de cette espèce. Au contraire, quand je rencontre des cartilages, en totalité ou en partie détruits, je trouve les portions non détruites parfaitement saines, seulement amincies au milieu des inflammations les plus graves et les plus anciennes.

Je trouve souvent le cartilage réduit à quelques granulations petites comme une tête d'épingle, et ces granulations, encore adhérentes, sont blanches, sans la moindre apparence de vaisseaux, dures et résistantes au milieu d'une destruction générale. Comment auraient-elles pu échapper à l'inflammation qui les entoure de toutes parts, si les cartilages étaient vasculaires et sus-

ceptibles d'inflammation? comment en outre ces granulations ne seraient-elles pas alors recouvertes de leur synoviale enflammée, si la synoviale se prolongeait à leur surface?

Dans l'ostéite compliquée de l'inflammation que je viens de décrire, l'os est rugueux et poreux à sa surface articulaire, comme s'il était vermoulu. Il présente à la circonférence de cette surface et à une distance plus ou moins considérable, de larges ouvertures et de profonds sillons vasculaires qui aboutissent en grand nombre au bord même de la surface articulaire. Parfois on voit ces sillons s'enfoncer là sous des écailles ou lamelles osseuses irrégulières, sécrétées par le périoste.

Dans cette ostéite, si c'est un os long, il présente souvent jusque vers le milieu de son corps et même au-delà des taches d'un rouge-brun violet, composées d'une couche osseuse mince qui s'enlève comme une écorce avec l'instrument tranchant, et sous laquelle le tissu compacte est raréfié, vasculaire et injecté de sang. Cette lame corticale est même quelquefois résorbée, et l'os est comme ulcéré ou carié à sa surface.

Enfin, dans un cas d'ostéite articulaire, j'ai rencontré une altération si extraordinaire que je ne puis me dispenser de donner au moins l'histoire abrégée de l'affection du malade.

Jacquet, âgé de 24 ans, tailleur d'habits, entra à Saint-Louis vers le 24 juin 1831, pour une tumeur blanche du genou gauche. Il est né de parens sains, morts, néanmoins, à l'époque de son entrée à l'hôpital, son père à 42 ans, par suite d'une contusion violente à la poitrine, sa mère à 50 ans, d'une maladie qu'il ne peut préciser. Il a un frère de 22 ans et une sœur de 30, qui sont bien portans. Il n'y a pas eu de scrofules dans la famille, et lui s'est généralement bien porté. Mais, vers l'âge de 15 ans, il est tombé sur le genou gauche, et en éprouva beaucoup de douleur. Une grosseur y parut ensuite, par la fatigue. Elle disparaissait par le repos, et revenait encore avec la fatigue. Peu à peu, tout le genou se prit, il se gonfla, devint douloureux, engorgé et moins mobile. La cuisse diminua et s'étrangla au-dessus du genou.

A son entrée à l'hôpital, le genou était plus gros que l'autre, engorgé, douloureux, chaud, peu mobile, et la cuisse droite moins grosse que la cuisse opposée. Sa santé générale était bonne. Il fut traité par le repos, les cataplasmes, des sangsues, des vésicatoires successivement appliqués sur l'articulation : enfin par la compression, qui réduisit le volume du genou malade à l'égal de celui du genou sain, et en fit disparaître la douleur.

Au mois d'avril, le malade fut obligé de sortir pour céder sa place aux cholériques qui envahirent mon service. Il marchait assez bien, mais il se laissa tomber sur le pavé, six semaines après sa sortie. Le genou gauche porta violemment. Les accidens locaux revinrent, plus alarmans, et s'accompagnèrent de fièvre. Toute la cuisse devint même douloureuse. Le malade n'employa que le repos et les cataplasmes, et rentra à l'hôpital Saint-Louis vers le 24 juin 1832, dans mon service, où il n'y avait presque plus de cholériques, par suite de la suspension de l'épidémie. Alors, le genou était beaucoup plus gros que l'autre, fort douloureux, fluctuant au-dessus de la rotule, chaud, rouge. La cuisse était douloureuse, surtout à la pression.

Après quelques jours de préparation que je jugeai nécessaires pour calmer la fièvre, je lui fis l'amputation de la cuisse. Deux jours après, étant appelé dans mon pays natal, horriblement ravagé par le choléra, je fus obligé d'abandonner mon malade aux soins de mes collègues, pour voler au secours de mes compatriotes. Bientôt atteint, moi-même, je restai cloué pendant deux mois entiers sur mon lit de douleur, et ne pus même revenir à Paris qu'après une absence de quatre mois, et encore malade. En reprenant mon service, je trouvai Jacquet guéri de son amputation, mais il avait eu plusieurs abcès, tant au bout du moignon que le long de la cuisse. Il en portait encore un à la base de ce membre, vers le pli de l'aîne, dont la suppuration n'était point tarie et qui suppura plusieurs mois. Plus tard, une inflammation phlegmoneuse, sourde, chronique, s'y manifesta plusieurs fois, mais j'en prévins la suppuration. Enfin, treize mois après l'amputation, la guérison du malade paraissant parfaitement solide, il sortit de l'hôpital. Je désespérais de le revoir, quand, l'an dernier, en 1835, je le rencontrai par hasard. J'appris de lui que la solidité de sa guérison ne s'était point démentie. Il était d'ailleurs engraissé, et son teint fleuri annonçait qu'il jouissait, en effet, d'une excellente santé.

Revenons maintenant sur les particularités qu'a présentées l'amputation, et sur l'état anatomique du fémur.

Au moment de l'amputation, au moment où le couteau parvint jusqu'au fémur, des flots d'un liquide jaune, transparent ou très-légèrement trouble, filant et onctueux comme de la synovie un peu altérée, s'écoulèrent et m'inondèrent les mains. Comme j'avais porté le couteau, ainsi qu'on le fait habituellement, au-devant de la cuisse d'abord, je crus avoir ouvert la synoviale du genou, dilatée et prolongée jusqu'au milieu de la longueur de la cuisse, environ. Je le crus, parce qu'on a des exemples de ce fait, et que d'ailleurs j'opérais vers le tiers inférieur du membre. J'en fus néanmoins étonné, parce que j'avais eu le soin de remonter au-dessus de la tuméfaction du genou, là où la cuisse malade était moins grosse que la cuisse saine, comme on le fait d'habitude. J'en fus encore étonné, parce que j'avais senti sous le couteau une crépitation osseuse très-singulière, et que je ressentis encore, quand, du second coup de couteau, je coupai les muscles profonds au-dessus du point où je les avais coupés d'abord légèrement. Quand je saisis ensuite le fémur pour y appliquer l'ongle du pouce et diriger les premiers pas de la scie, je m'aperçus que cet os était enveloppé d'un étui osseux mince et fragile. La section de l'os achevée, je lui trouvai l'épaisseur et la compacité ordinaire, mais il était entouré de l'étui dont je viens de parler, qui adhérait à l'os le long de la ligne âpre, et en était séparé dans les autres points par une distance d'environ trois lignes. En son-

dant la profondeur de cette espèce de gaîne, je reconnus qu'elle remontait jusque vers la partie supérieure du fémur, et comme elle était tapissée par une membrane rougeâtre, molle, où l'on distinguait encore, en inclinant la cuisse, un liquide analogue à celui qui s'était écoulé au premier coup de couteau, je ne pouvais douter que ce liquide ne vînt de la cavité de l'étui osso-fibreux. Bien que le fémur présentât une aussi singulière lésion dont les limites remontaient beaucoup plus haut que le point où je l'avais amputé, bien que cette altération me donnât beaucoup de doutes et de craintes sur la guérison et l'avenir du malade, je ne me crus point autorisé à amputer plus haut, et encore moins, à amputer la cuisse dans l'article. Amputer plus haut était contre indiqué, puisque l'altération paraissait remonter jusque vers l'extrémité supérieure du fémur. Amputer dans l'article me paraissait une opération aussi absurde que cruelle, puisqu'ignorant la nature de la nouvelle affection que le hasard venait de me présenter, je n'avais pas de raisons pour la croire aussi grave et aussi dangereuse que l'amputation dans l'articulation iléo-fémorale, amputation presque constamment mortelle, et par conséquent d'une gravité désespérante.

En conséquence, je pansai le malade, et me préparai à lui donner tous les soins qu'il avait le droit d'attendre de moi.

A l'examen du membre retranché, je trouvai la membrane synoviale enflammée, remplie d'un liquide puriforme, rougeâtre; les cartilages peu altérés, résorbés cependant en quelques points; le tissu sous-cartilagineux, rouge, épaissi, et saillant dans les points correspondans. Les vaisseaux du fémur étaient très-nombreux et très-développés aux environs des surfaces articulaires; le tissu cellulaire environnant était rouge et engorgé.

Autour du fémur existait l'étui dont j'ai déjà parlé. Dépouillé des muscles qui le recouvraient, sa surface se montrait un peu irrégulière et bosselée dans certains points. Sa surface intérieure tenait au corps de l'os par quelques prolongemens, et adhérait en arrière le long de la ligne âpre. Elle était tapissée par une membrane molle, rouge, vasculeuse et comme tomenteuse, qui, parvenue à la ligne âpre et aux prolongemens intérieurs dont j'ai parlé, se réfléchissait sur le fémur qu'elle revêtait à son tour. Cet étui se confondait aussi avec le fémur vers ses condyles.

Il était évidemment formé de tissu fibreux ossifié par plaques plus ou moins larges et assez rapprochées pour donner aux parois de l'étui une certaine solidité, et leur solidité était suffisante pour s'opposer à leur affaissement après l'évacuation du liquide.

Les vaisseaux d'ailleurs n'y avaient qu'un développement médiocre, et le tissu osso-fibreux était d'un blanc jaunâtre médiocrement injecté. Désirant examiner la surface de l'os actuellement recouverte de la membrane rouge et molle qui tapissait l'étui, désirant aussi conserver cette pièce si curieuse, obligé de quitter Paris, comme je l'ai dit plus haut, je chargeai mon frère de la conserver dans un linge, pour en ramollir d'abord, par la putréfaction, la membrane intérieure, et en achever la destruction par la macération. Il était convenu qu'il surveillerait chaque jour les effets de la macération, et qu'il ferait sécher la pièce aussitôt la membrane intérieure détruite, afin de ne pas exposer l'étui osseux à se détruire à son tour par une macération trop prolongée; mais, dix jours après mon départ, mon frère fut obligé de venir lui-même à mon secours, et la pièce confiée à un de mes élèves, fut mal soignée et altérée entièrement par la macération. Et quand, au bout de quatre mois, je revins à Paris, on ne put même pas me remontrer le fémur qu'on n'avait pas cru devoir conserver après la destruction de son étui osso-fibreux.

Je n'ai pas besoin de dire tous les regrets que me causa la perte d'une pièce d'anatomie pathologique aussi extraordinaire et aussi intéressante.

Quelle était la nature de cette affection singulière? Comment s'était-elle développée? Voilà deux questions qui se présenteront sans doute, à l'esprit du lecteur.

Cette affection est, à mes yeux, un *kyste sous-périostique*, et c'est aussi sous ce nom que je la désigne. C'est un kyste, car c'est une poche membraneuse remplie d'un fluide. C'est un kyste sous-périostique, car il était déployé sous le périoste du fémur et sur le corps du fémur même, qu'il recouvrait de toutes parts, excepté sur la ligne âpre.

On conçoit très-bien d'ailleurs que le périoste se soit laissé décoller tout autour du fémur, excepté le long de la ligne âpre, où il adhère très-fortement à l'os avec les muscles qui s'y attachent. On conçoit très-bien aussi, que l'enveloppe fibreuse du kyste se soit *ossifiée* par plaques plus ou moins larges et rapprochées. On conçoit très-bien encore qu'un abcès se soit ouvert au bout du moignon, quoiqu'il s'en soit ouvert d'autres à la base de la cuisse, car probablement le kyste a suppuré. Enfin on conçoit très-bien qu'après avoir suppuré pendant un certain temps, les parois d'abord écartées se soient peu à peu rapprochées et se soient réunies, soit par le développement de fluides coagulables et de bourgeons charnus, soit par la contraction lente et l'affaissement mécanique des parois du kyste, soit par l'un et l'autre mécanismes à la fois.

Quant au développement de la maladie, je le regarde comme une suite de l'ostéite articulaire qui survint après la première chute de Jacquet sur le genou gauche. Cette ostéite s'étendit au corps du fémur, parce qu'un point d'irritation dans un os se propage souvent aux points de cet os les plus éloignés, et parfois à l'os entier, ainsi que j'en donnerai des preuves multipliées. L'ostéite propagée au fémur excita une inflammation chronique du périoste qui sécréta sur la surface de l'os un liquide assez abondant. Le périoste fut alors décollé, et alors, ou un peu plus tard, s'organisa aux dépens du fluide sous-périostique, la membrane intérieure du tissu osso-fibreux qui devint la membrane propre du kyste. Probablement ce kyste fut d'abord peu étendu; mais, soit par l'inflammation chronique qu'entretenait dans le fémur et le périoste l'ostéite articulaire, soit par l'exercice fatigant auquel s'abandonnait le malade, soit

peut-être par la seule tendance de ces affections à s'accroître sans cesse, le kyste prit avec le temps tout le développement qu'il avait au moment de l'opération. Vous voyez donc que ce kyste sous-périostique a dû se développer comme les maladies du même genre dans les parties molles.

Cette maladie n'a point été reconnue sur le vivant, parce que je n'en connaissais pas et que je n'en connais pas encore d'autre exemple. Je ne l'ai même pas soupçonnée, parce que, le kyste étant revêtu de muscles épais, quoique amincis, étant revêtu d'une écorce ostéo-fibreuse que je ne distinguais point, étant rendu ferme et résistant par le fluide qui distendait ses parois, je n'aperçus dans la cuisse du malade aucun symptôme particulier et extraordinaire. L'amaigrissement que la cuisse avait éprouvé, et qui est si commun dans les tumeurs blanches du genou, ne pouvait pas d'ailleurs éveiller mon attention. Peut-être cependant que si cette affection était aussi commune qu'elle est rare, l'attention éveillée par la fréquence d'un cas semblable permettrait de la reconnaître ou du moins de la soupçonner.

Dans l'*ostéite avec hyperostose* il y a augmentation de volume et d'épaisseur totale ou partielle de cet os. On a aussi désigné ces deux états, et surtout le dernier, sous le nom d'exostose.

Dans l'hyperostose totale, l'os a pris un développement insolite et exagéré dans toute son étendue. Sa forme en est souvent altérée, ainsi que sa structure. Sa surface est plus irrégulière et souvent criblée de trous et creusée de sillons vasculaires, beaucoup plus développés et plus nombreux que dans l'état sain. Souvent on y observe des empreintes irrégulières et plus ou moins prononcées. Dans le Muséum Dupuytren sont exposés des crânes hyperostosés dans toute leur étendue; même à travers les vitres on distingue sur leur surface externe et interne des myriades de trous vasculaires.

Les sillons vasculaires de leur surface interne ont aussi un développement anormal évident. Je possède des os longs hyperostosés qui présentent également ces caractères; mais les trous et les sillons vasculaires y sont beaucoup plus développés que dans les crânes dont je viens de parler.

La structure de ces os est tantôt plus compacte, tantôt raréfiée; et elle présente tous les caractères que nous avons décrits en parlant de l'ostéite raréfiante et de l'ostéite condensante. On peut y observer encore la carie ou ostéite ulcérante. L'ostéite ulcérante peut y être compliquée aussi de la formation de tissus accidentels plus ou moins vasculaires, comme l'érectile, l'encéphaloïde, et tous les autres tissus accidentels imaginables. Cependant je dois dire, ici, que je ne regarde pas toutes les hyperostoses compactes comme des inflammations. Il peut, en effet, très-bien y avoir hypertrophie, c'est-à-dire, augmentation considérable de nutrition sans inflammation.

L'hyperostose partielle forme à la surface des os une saillie plus ou moins circonscrite. Tantôt en effet sa base, beaucoup plus étendue que son sommet, se confond insensiblement avec la surface de l'os malade; d'autrefois au contraire elle y tient par un pédicule plus étroit que le corps de la tumeur. J'ai enlevé l'an dernier une exostose de ce genre qui avait dégénéré en cancer. Elle ne tenait qu'à une portion de la surface interne du fémur le long de son bord articulaire, et cependant le corps de la tumeur égalait le volume de la tête d'un enfant.

De ces exostoses, les unes sont compactes et dures comme l'ivoire, et non vasculaires; d'autres sont raréfiées par des ouvertures, des canalicules vasculaires, et contiennent beaucoup de vaisseaux; d'autres enfin sont plus raréfiés encore, et présentent à l'intérieur de larges cellules, des cavités, des cavernes plus ou moins considérables que remplissent des tissus ou des substances morbides accidentelles, comme les matières encéphaloïde ou colloïde qui ont la plus grande tendance à dégénérer en cancer, c'est-à-dire, à s'enflammer, à se ramollir, à s'ulcérer, à suppurer, en s'accompagnant de douleurs lancinantes et de tous les symptômes qui caractérisent l'ensemble de lésions matérielles et de symptômes connus sous le nom de cancer. Aussi ces exostoses celluleuses ou laminées des auteurs sont-elles beaucoup plus graves que les autres; aussi voit-on souvent le cancer se rencontrer ailleurs chez les personnes que l'on a débarrassées de ces exostoses; aussi sont-ce plutôt des cancers, des tumeurs cancéreuses que des exostoses.

Ces faits n'ont d'ailleurs rien d'étonnant. N'est-il pas évident que les os étant beaucoup plus vasculaires qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, leur inflammation étant beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a pensé, leurs vaisseaux doivent, comme ceux des parties molles, sécréter, former des tissus morbides nouveaux et n'est-ce pas précisément ce qui arrive? N'y voit-on pas, outre les formations indiquées plus haut, n'y voit-on pas, réunis ou séparés, du tissu fongueux, du tissu lardacé, du tissu squirrheux, de la mélanose, des tubercules, des tumeurs érectiles, des concrétions crétacées ou pierreuses, etc.? Il ne faut pas en douter; j'y ai vu tous ces tissus morbides, et d'autres les y ont également vus.

Quand l'ostéite se complique de ces formations nouvelles, le tissu osseux est d'abord résorbé, raréfié par le développement exagéré de ces vaisseaux. Ceux-ci sécrètent ensuite les matériaux constituans des formations morbides, et celles-ci résorbent à leur tour le tissu osseux, et leurs vaisseaux ou ceux de l'os continuent aussi à sécréter, mais irrégulièrement, du tissu osseux. Celui-ci forme des plaques, des lames, et quelquefois des noyaux pierreux ou crétacés qui se trouvent mêlés dans la masse simple ou complexe des tissus accidentels.

L'os, distendu bientôt, se laisse encore résorber à la circonférence. Ses parois s'amincissent, et même, dans certains cas, se perforent. Mais comme le périoste est en même temps irrité, il sécrète de nouvelle matière osseuse qui s'étend autour de la tumeur, en plaques irrégulières dans leur largeur, leur épaisseur, leurs formes et leurs connexions.

Il en résulte alors dans les os longs, si la dilatation

est partielle et bornée à un point de la circonférence, une exostose celluleuse, stalactiforme des auteurs. Mais si elle comprend toute la circonférence d'une partie de la longueur d'un os long, c'est l'ostéo-sarcôme des auteurs.

En réalité c'est la même maladie, si les formations nouvelles sont de même nature. Mais si ces formations s'enflamment, suppurent en présentant des douleurs lancinantes et les autres caractères des cancers, la maladie est un cancer des os et pas autre chose. Si les formations nouvelles était constituées par du tissu érectile, ce serait une tumeur érectile des os, fongueuse, le *fungus hematodes* des auteurs français. Je dois ajouter que lorsque ces affections développées dans l'épaisseur du tissu compacte ont acquis un certain volume, le tissu médullaire altéré, dégénéré, est compris dans dans leur masse ou résorbé. Mais je n'ai pas besoin de répéter que les portions osseuses de ces tumeurs sont tantôt compactes et quelquefois criblées de trous et de canalicules très-fins; tantôt, au contraire, sont raréfiées et très-vasculaires.

Dans l'ostéite compliquée de *spina-ventosa* ou plutôt dans le *spina-ventosa* qui est compliqué d'ostéite, ainsi que dans les dégénérations tuberculeuses, érectiles ou autres du tissu médullaire, l'os est plus ou moins gonflé, raréfié et vasculaire comme dans l'ostéite ordinaire ou même comme dans l'ostéo-sarcôme, parce qu'il s'est secondairement enflammé, de même que nous avons vu le tissu médullaire et le périoste s'enflammer et s'altérer quand l'os l'est primitivement. Cette propagation de l'inflammation tient à la loi que j'ai déjà signalée, savoir : que lorsqu'une des parties qui composent les os vient à s'enflammer, les autres ne tardent pas à y participer.

L'ostéite simple, ou l'ostéite avec carie se complique parfois de nécrose, mais elle est plus souvent elle-même la complication ou la suite de la nécrose. Quand elle est compliquée de nécrose, un ou plusieurs séquestres, en général peu considérables, existent au milieu du tissu osseux enflammé. Ces séquestres sont compactes, parce qu'ils se forment surtout aux dépens du tissu *compacte*. Ils sont durs, fermes, résistans et non friables. On en reconnaît la nature, même en les touchant seulement avec un stylet. Ils résonnent comme un os dur, si on le percute avec l'extrémité de cet instrument, tandis qu'une esquille carrée, friable, ne résonne point ainsi et ne résonne guère que comme un tissu mou. Un séquestre n'est ni criblé d'ouvertures vasculaires, ni raréfié par le développement de ses canalicules. Ses surfaces sont irrégulières, à peu près comme la surface des pierres d'un monument que les eaux du ciel ont dépolies à la longue. Si le séquestre comprend une portion de tissu canaliculaire et de tissu compacte, le tissu canaliculaire conserve ses caractères ordinaires; ses canalicules ne sont ni plus dilatés, ni plus friables.

Partout autour de ces séquestres, l'os enflammé présente les caractères indiqués ci-dessus.

Quand l'ostéite n'est qu'une complication de la nécrose, comme il arrive dans la maladie désignée sous ce nom, l'ostéite n'est autre chose qu'une inflammation ulcérante, et suppurante développée par le séquestre qui agit alors comme corps étranger. Elle se développe autour du séquestre, comme une inflammation ulcérante et suppurante se développe dans les parties molles autour d'une escarre.

Si l'escarre est, ici, la cause de cette inflammation circonférentielle, il en est de même de la nécrose; elle est la cause de l'inflammation ulcérante qui la sépare des parties vivantes circonvoisines. Il y a donc cette grande différence entre la mort des esquilles de la carie et des séquestres de la nécrose, que, dans la carie, c'est l'inflammation ulcérante et circonférentielle qui est la cause de leur mort, tandis que dans la nécrose, elle en est l'effet, car c'est la mort d'une portion d'os qui est la cause de l'inflammation circonférentielle et ulcérante.

En résumé, tandis que les esquilles nécrosées de la carie sont enflammées, vasculaires, raréfiées et fragiles, les séquestres de la nécrose proprement dite ne sont ni enflammés, ni vasculaires, mais compactes, durs, fermes, sonores, non enflammés et non vasculaires; et tandis que les esquilles de la carie sont frappées de mort par une inflammation circonférentielle, cette inflammation dans la nécrose est au contraire l'effet de la mort des portions nécrosées.

Le lecteur a dû remarquer que dans l'ostéite, dans l'ostéite raréfiante, dans l'ostéite condensante, dans l'ostéite ulcérante, dans l'ostéite périostique ou la périostite, dans l'ostéite articulaire ou sous-diarthrite, dans l'ostéite compliquée d'hyperostose, de formations morbides variées; que dans le spina-ventosa et la nécrose, le tissu osseux, le périoste et souvent le tissu médullaire sont enflammés. Je dois ajouter que la plupart des différentes formes de l'ostéite peuvent exister ensemble dans le même os; que lors même que ces affections n'occupent qu'un point, qu'une partie de l'étendue d'un grand os, on en trouve presque toujours des traces plus ou moins prononcées dans d'autres points, ou que du moins on y trouve presque toujours des traces d'une vascularité plus grande. Ces traces consistent dans des trous et des sillons vasculaires plus grands et plus nombreux dans différens points de la surface de l'os, et souvent dans les points les plus éloignés.

Il me reste maintenant à démontrer que les mêmes altérations s'observent dans les os qui ont été le siége d'une contusion, d'une plaie, d'une fracture, et même dans ceux dont les luxations n'ont pas été réduites, et dans le tibia quand un ulcère a vécu pendant un certain temps à sa surface.

Les *plaies des os* sont des solutions de continuité qui ont été faites par un instrument tranchant ou piquant. L'usage réserve au contraire le nom de fractures aux solutions de continuité de ces organes qui ont été faites par une action ou un instrument contondant ou par l'action musculaire.

Par conséquent une solution de continuité des os du crâne par un coup de sabre, la section d'un os long dans une amputation, sont également des plaies des os.

Dans les plais des os du crâne, pour peu qu'elles

soient étendues, si le malade vient à mourir au bout de trois semaines ou un mois, l'os malade et même les os voisins ont leur périoste plus injecté, et quand on les en dépouille en l'arrachant, les vaisseaux qu'il fournit au crâne, étant plus dilatés, plus injectés, laissent sa surface couverte de gouttelettes sanguines beaucoup plus grosses et plus nombreuses que dans l'état sain. Si l'on essuye ces gouttelettes de sang, on reconnaît qu'elles correspondaient à des canaux vasculaires nombreux et dilatés qui pénètrent dans les os. Pareilles choses s'observent dans les plaies du crâne un peu considérables et à lambeau, soit que les os aient été fortement contus ou qu'ils ne l'aient été que très-peu. Je possède plusieurs pièces qui ne laissent aucun doute à cet égard, et on en trouve aussi des exemples dans les plaies du crâne que l'on voit au Musée Dupuytren.

Souvent l'inflammation ne se borne pas à dilater les trous vasculaires de la surface des os du crâne, elle s'étend aux vaisseaux intérieurs du diploé et à son tissu médullaire, quoique, dans le cas de plaie du crâne non compliquée de division des os, l'inflammation ait d'abord exclusivement son siége à l'extérieur.

Il n'est pas permis de penser que ce qui arrive dans les cas de plaies du crâne, n'arrive pas dans les cas où des plaies semblables s'observent sur les autres os. C'est au reste ce que prouvent les plaies des amputations de nos membres.

Dans beaucoup trop d'amputations, dans toutes, peut-être, les os s'enflamment, mais cette inflammation n'entraîne pas toujours la perte des opérés.

On a beaucoup insisté dans ces derniers temps sur la phlébite des os, à la suite des amputations, parce qu'on a cru, bien mal-à-propos, y trouver l'origine ou la cause des abcès métastatiques. Mais je suis obligé de dire qu'aveuglé par l'esprit de système, toujours étroit dans ses recherches, on n'a vu là qu'une petite partie du travail inflammatoire qui se manifeste dans les os à la suite des amputations.

En effet dans ces circonstances, l'os, le périoste et la moelle participent au travail inflammatoire de la plaie par leur extrémité et par une partie plus ou moins considérale de leur étendue, quelquefois même par toute leur étendue. Lorsque les malades succombent au bout de 15 jours, trois semaines ou un mois, on trouve encore le périoste injecté et même, par fois, plus injecté que dans les plaies du crâne. Quand on en dépouille l'os amputé, les vaisseaux dilatés injectés étant rompus, donnent du sang et l'os est tout ensanglanté de stries et de taches rouges. L'os épongé montre sa surface criblée de trous et creusée de sillons vasculaires nombreux et beaucoup plus développés que dans l'état sain.

Je possède plusieurs pièces qui démontrent évidemment ces altérations. Elles sont également visibles et quelquefois très-visibles, même à travers les vitres des armoires, sur plusieurs os renfermés dans le Musée d'anatomie pathologique de la Faculté. Mais j'ai vu des inflammations plus graves à la suite de ces plaies d'amputation; je conserve un fémur enflammé, qui est couvert de concrétions osseuses criblées de trous vasculaires et comme poreuses, qui est rugueux à sa surface et en outre criblé et sillonné de toutes parts. Ces altérations sont le résultat de sécrétions périostiques ossifiantes, et de résorption opérée par le périoste enflammé et peut-être par le tissu cellulaire développé sous le périoste. J'ai perdu l'an dernier, à la suite de l'amputation du bras, un enfant qui offrait des altérations plus graves encore et chez qui, pendant la vie, j'ai plusieurs fois retranché, à l'extrémité de l'os, un champignon inflammatoire et œdémateux formé au bout du canal médullaire, soit par la moelle gonflée, soit plutôt par des fluides organisables. Je possède aussi le bout d'un fémur que j'ai été obligé de réséquer au bout de trois semaines, parce que les parties molles ne se réunissant pas et se retractant sans cesse, l'os était devenu saillant. Ce fragment est creusé de sillons vasculaires à sa surface, et les parois, auparavant compactes, de son canal sont creusées de canalicules vasculaires dont quelques-uns donnent passage aux plus grosses épingles à friser. La rétraction des chairs continuant encore après la résection d'un pouce d'os, la réunion ne s'est point faite, et le malade est mort avec une inflammation du fémur qui était, ici, la cause médiate de la rétraction des chairs.

Le tissu médullaire, ordinairement jaunâtre, est rouge à la surface de la plaie et parfois ecchymosé ou infiltré de pus d'une manière uniforme; quelquefois au contraire il est parsemé de petits foyers purulens, arrondis, ou alongés en stries dans le tissu canaliculaire.

C'est à des inflammations de ce genre qu'on a donné le nom de phlébite des os, parce qu'on avait grand besoin de ces phlébites pour étayer une théorie des abcès métastatiques qui croule de toutes parts. Mais on n'a jamais évidemment démontré que ces phlegmasies suppurantes eussent leur siége dans les veines des os; car, à l'exception du tronc et des principales divisions des vaisseaux nourriciers du canal médullaire, on en distingue à peine quelques ramifications, tant leur finesse est excessive et dépasse la finesse des cheveux les plus fins. Or, quel est l'anatomiste qui a vu l'inflammation et la suppuration dans des vaisseaux semblables qui ont d'ailleurs; comme tous les vaisseaux des os, des parois d'une minceur extrême?

Ainsi, je ne doute pas que la phlébite des os longs, à la suite des amputations des membres, n'ait été inventée et pour expliquer, faute de phlébite hors des os, les abcès métastatiques, et pour se mettre à la mode et observer des phlébites comme tout le monde en observe. Je ne veux pas dire qu'il n'y en a pas et qu'il ne peut pas y en avoir : ce serait une absurdité.

Il est probable, pour ne pas dire certain, que la moelle et ses vaisseaux s'enflamment ensemble; mais pourquoi alors assimiler ces inflammations complexes aux phlébites isolées; pourquoi parler de phlébites qu'on ne peut voir ni démontrer, quand il n'y a d'évident que l'inflammation du tissu médullaire?

Tout le monde sait qu'il se développe *dans les fractures* les plus simples une inflammation du périoste de la

moelle et de l'os au niveau de la solution de continuité ; mais ce qu'on me paraît ignorer, c'est que l'os présente dans plusieurs points et souvent dans la plupart des points de son étendue, après sa consolidation et longtemps après la mort des sujets, quand ils ont succombé, des traces de phlegmasie ou du moins de congestion sanguine. On y voit des trous et des sillons vasculaires beaucoup plus prononcés que dans les os sains, et souvent en même temps, à l'endroit des insertions musculaires, raboteuses dans l'état sain, des concrétions irrégulières par fois fort prononcées. Je possède, entre autres, un tibia qui porte une fracture vers son extrémité inférieure ; eh bien ! son extrémité supérieure présente un excès sensible de gros trous vasculaires, des concrétions osseuses très-prononcées aux attaches communes du soléaire et du poplité, et aux attaches internes du premier. Le même os est criblé de trous vasculaires à son extrémité inférieure, à deux pouces au-dessous de la fracture, et là encore il présente de nombreuses concrétions également criblées d'ouvertures arrondies. On trouve des exemples analogues dans les os fracturés du Musée d'anatomie pathologique de la Faculté.

De pareils faits ne laissent aucun doute : pour que de pareilles concrétions aient été produites, il a bien fallu que le périoste et le tissu fibreux des attaches musculaires devinssent le théâtre d'une inflammation assez vive et les organes d'une sécrétion ossifiante assez considérable.

Quant aux os, ils sont criblés de trous vasculaires beaucoup plus gros et plus nombreux, au moins en apparence, que dans l'état sain ; il est bien évident qu'ils ont participé au travail inflammatoire. Ces altérations, si sensibles dans les fractures simples, le sont bien davantage dans les fractures compliquées et surtout dans la plupart de celles qui sont la suite d'un coup de feu ; aussi je m'arrêterai un instant à ces dernières.

Ces fractures se compliquent, trop souvent, d'une inflammation suppurante et quelquefois ulcérante de l'os, tandis que l'inflammation des autres fractures est adhésive ou ossifiante, si je puis me servir de cette expression. Aussi les premières sont-elles longues à se consolider, et quelquefois ne se consolident pas. Quand cependant elles le font après une suppuration plus ou moins longue, il arrive, trop souvent, que l'os, la moelle et le périoste restent affectés d'une inflammation chronique, que j'appellerai exacerbante. Je l'appelle ainsi, parce qu'elle est sujette à des exacerbations qui ramènent de la suppuration, à des distances plus ou moins éloignées, de plusieurs mois ou même de plusieurs années. Ces exacerbations paraissent tenir, tantôt au froid humide de l'hiver, tantôt à des chocs douloureux, tantôt à une ou plusieurs esquilles frappées de mort, au sein de l'os enflammé ; d'autres fois on n'en aperçoit pas la cause et elles paraissent spontanées.

Dans beaucoup de cas ces exacerbations sont passagères, le pus se tarit, et le malade revient à son état antérieur. Mais dans d'autres il n'en est pas ainsi : le cal se détruit, les fragmens de l'os redeviennent mobiles, et si la suppuration devient abondante, la vie du malade peut en être menacée.

Si alors on se détermine à l'amputation, que trouve-t-on ? Les fragmens de l'os disjoints et baignés de pus, le périoste et la moelle enflammés d'une inflammation chronique ; et l'os, dépouillé de ses parties molles, se se montre criblé de trous plus ou moins larges, creusé de sillons plus ou moins profonds, couverts dans certains points de concrétions osseuses irrégulières, et enfin érodés par la carie dans plusieurs endroits. Je possède un os de cette espèce que j'ai été obligé d'amputer pour la maladie dont je viens de parler. Et comme la fracture n'existait qu'un peu au-dessus du coude, le cubitus s'est ankylosé avec l'humérus, et par suite de la résorption des cartilages diarthrodiaux par le tissu cellulaire sous-cartilagineux, auquel l'inflammation s'est propagée, et par suite de l'adhérence et de l'ossification consécutive du tissu sous-cartilagineux des deux os opposés. C'est en effet par ce mécanisme que s'opère l'ankylose vraie.

On observe encore des faits analogues *dans les luxations* non réduites et dans presque toutes *les maladies articulaires*. Ma collection et le Musée Dupuytren en offrent des exemples manifestes.

Enfin, lorsqu'un *ulcère* a longtemps existé près de la surface d'un os, du tibia, par exemple, l'os participe encore à l'inflammation, et les sillons et les ouvertures vasculaires de la surface, son épaississement dans quelques cas en fournissent des preuves éclatantes et irrécusables.

En résumé, l'inflammation des os et leurs maladies organiques ne sont restées si obscures et si peu connues jusqu'à ce jour, que parce qu'on ignorait la véritable structure de ces organes. Leur inflammation est beaucoup plus commune qu'on ne le pense ; tantôt elle raréfie leur tissu en augmentant et agrandissant leurs ouvertures et leurs canaux vasculaires, dont elle amincit les parois par la résorption ; tantôt elle en augmente la compacité par une sécrétion exagérée de substance compacte ; tantôt en les raréfiant ou les condensant, elle les ulcère ou les carie, et les esquilles nécrosées de leur carie sont elles-mêmes raréfiées, fragiles et vasculaires. L'inflammation se propageant avec rapidité d'une des parties de l'un des tissus de l'os aux autres parties du même os, l'ostéite se complique souvent de l'inflammation du périoste, qui fréquemment alors sécrète sur l'os des concrétions osseuses variées ; elle se complique de l'inflammation de la moelle et de celle du tissu cellulaire qui unit les cartilages diarthrodiaux à l'os ; et réciproquement le tissu osseux participe rapidement à chacune de ces inflammations quand elles se sont développées les premières.

L'ostéite se complique parfois d'hypérostose générale ou partielle, connue particulièrement sous le nom d'exostose ; de formations morbides accidentelles : pus, matière fongueuse, lardacée, colloïde, tubercules, tissu érectile, kystes, etc., dont quelques-unes, l'encéphaloïde, la lardacée, par exemple, peuvent s'enflammer, se ramollir, suppurer et dégénérer en cancer.

L'ostéite complique, à son tour, le spina-ventosa, la nécrose, et en outre les contusions, les plaies des os, les fractures, les luxations non réduites, les maladies articulaires, à une distance plus ou moins éloignée du point primitivement malade, enfin les ulcères qui s'étendent jusque près de la surface des os, laissant généralement et peut-être toujours, dans ces organes, des empreintes ineffaçables, visibles au bout d'un siècle comme un jour après la mort des sujets, s'ils succombent pendant leur maladie ou même quelques années après leur guérison.

Recherches analytiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée; par le docteur Marc d'Espine, de Genève, ancien interne des hôpitaux de Paris, et membre fondateur de la Société médicale d'Observation.

Je ne me propose pas de faire une monographie de la leucorrhée; il faudrait pour cela des faits plus complets et plus variés que ceux qui m'ont fourni les résultats qui vont suivre.

Les observations que j'ai recueillies pendant une année d'internat à l'hôpital du Midi, et desquelles j'ai déjà tiré en partie mon *Mémoire sur la puberté* (1), renferment des détails sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée, et en particulier sur la nature des divers produits sécrétés par le vagin et l'utérus. Ces détails étaient susceptibles d'analyse, et c'est à l'exposition des résultats fournis par cette analyse et aux réflexions qu'ils m'ont suggérées, que se réduit le travail que je soumets ici au public médical.

Sans doute que j'avais à ma portée un moyen facile de combler bien des lacunes, de répondre à une foule de questions sur lesquelles je garde le silence; j'aurais pu faire ce qu'on appelle de l'érudition, donner une série d'opinions d'auteurs sans m'inquiéter de leur validité, et choisir parmi elles celles qui m'auraient servi le plus. Ce moyen, qui est fort de mise dans notre science médicale, l'a tellement encombrée, qu'il est devenu aussi difficile de compter ses richesses en ce genre, qu'il est facile de constater sa pauvreté en fait de règles un peu certaines, de principes un peu sévèrement établis.

Nous verrons dans ces recherches, en premier lieu, quelle valeur certaines circonstances générales, telles que la constitution, le climat, etc., ont eue, d'après les faits que j'ai recueillis, dans la production de la leucorrhée et de ses diverses formes en particulier.

Nous étudierons, en second lieu, les qualités physiques des produits de sécrétion qui constituent le caractère de la leucorrhée, d'après les explorations que j'ai eu occasion de faire avec le spéculum. Nous chercherons comment la nature de ces produits varie selon leur siége, selon l'état de la muqueuse qui les sécrète; et avant d'entrer en matière, nous nous demanderons ce qu'on entend par flueurs blanches ou leucorrhée.

Qu'entend-on par flueurs blanches ou leucorrhée? Quoique ces deux mots désignent, d'après leur sens étymologique, toute espèce d'écoulement non sanguin qui sort par la vulve, tel n'est point le sens pratique qu'on s'accorde à leur donner. On est convenu de ne comprendre sous ces deux dénominations que les écoulemens blancs, chroniques, quelquefois habituels, auxquels sont sujettes les femmes saines et exemptes de toute autre affection de l'appareil génito-urinaire.

Cette définition ne me paraît pas encore assez précise, et pour entrer complétement dans l'idée des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, il faut encore accorder qu'il n'y a réellement leucorrhée que lorsque cet écoulement incommode suffisamment les femmes pour qu'elles s'en plaignent.

J'avoue que cette manière d'entendre la leucorrhée est très-peu scientifique; qu'il serait préférable de convenir, que dès qu'on peut constater dans le vagin l'existence d'un écoulement de longue durée et non syphilitique, il y a leucorrhée; mais de cette manière on verrait des flueurs blanches là où souvent les auteurs n'en reconnaissent pas, et il en résulterait une confusion dans les faits, dans les règles qu'on en déduirait, dès qu'on les opposerait à ce qu'ont dit les auteurs.

Pour me faire comprendre, je dois entrer dans quelques détails.

De quelle manière devrait-on s'y prendre pour décrire exactement l'état d'une femme leucorrhéique? Ne faudrait-il pas, après avoir fait l'histoire complète des antécédens, examiner le vagin et le col au moyen du spéculum, et cela à plusieurs reprises; décrire les liquides qu'on rencontre, soit vers l'orifice vulvaire, soit vers le col utérin; s'enquérir de la quantité de liquide qui s'épanche au-dehors?

Or, c'est ce qu'on ne fait presque jamais; et si la science possède quelques observations qui atteignent ce degré de précision, il est du moins certain qu'aucun des nombreux travaux faits sur les flueurs blanches n'a été le résultat d'un corps d'observations relevées d'après cette méthode. C'est au contraire aux renseignemens fournis par le malade qu'on s'est fié entièrement. Blatin, un des auteurs qui ont abordé ce sujet avec le meilleur esprit, s'est servi des principales observations recueillies par les auteurs les plus estimés, et dans toutes ces observations relatées par Storck, Stahl, Morgagni, Raulin, Hoffmann, Lorry, Bartholin, etc., on trouve perpétuellement: madame X., d'un tempérament...., âgée de...., avait des flueurs blanches continuelles, ou était sujette à des flueurs blanches. Je ne veux point considérer comme inexacts de pareils renseignemens, et je crois même qu'on peut interroger une femme avec assez de soin pour en obtenir des renseignemens intéressans sur les symptômes qu'elle éprouve vers les voies génito-urinaires; mais je veux aussi qu'on convienne que des faits recueillis de la sorte doivent avoir une toute autre physionomie que ceux fournis par l'exploration directe; que des règles

(1) *Archives de Médecine*, cahiers de septembre et octobre 1835.

déduites de faits de ce genre ne peuvent être identiques à celles obtenues par des faits résultant de l'inspection directe.

Cette différence est si réelle, que je n'ai eu qu'à comparer le résultat de mes interrogatoires avec celui fourni par mes explorations au spéculum pour la constater de la manière évidente.

13 femmes qui m'avaient affirmé n'avoir eu de flueurs blanches à aucune époque de leur vie, ont été examinées par moi une ou plusieurs fois au spéculum. Je n'ai trouvé que chez deux d'entr'elles absence complète d'écoulement utérin ; chez presque toutes les autres, cet écoulement existait, peu considérable, il est vrai. Chez une je l'ai même trouvé abondant, une des trois fois que je l'ai examinée.

Je ne parlerai pas ici de la nombreuse classe de femmes qui m'ont déclaré avoir des flueurs blanches intermittentes, régnant chez les unes un peu avant les époques, chez d'autres un peu après; mais je prendrai, pour achever mon exemple, celles qui m'ont assuré avoir des flueurs blanches continues.

Sur quinze femmes de cette dernière catégorie qui ont été examinées une ou plusieurs fois au spéculum, une seule n'a présenté aucune trace d'écoulement utérin ; les autres avaient des écoulemens peu ou médiocrement abondans, et chez une seule, que j'ai examinée trois fois, l'écoulement utérin s'est trouvé toujours très-abondant.

Il existe, comme on voit, des différences notables entre ces deux ordres de résultats, et cependant j'ose assurer avoir mis du soin à recueillir mes faits. Comment donc expliquer ces différences ?

D'abord, il ne suffit pas qu'il y ait un peu de sécrétion utérine chez une femme pour qu'elle accuse des flueurs blanches ; il faut que cette sécrétion soit assez considérable pour qu'elle se fasse issue au-dehors. Ensuite ne peut-il pas arriver que, de deux femmes chez lesquelles cette sécrétion est également abondante, l'une ait le vagin placé dans des conditions de forme, de tissu, de disposition, d'absorption telle, que l'éruption des liquides au-dehors soit moins abondante que chez celle où ces conditions différeraient? Enfin ne se pourrait-il pas aussi que la quantité de sécrétion, abondante dans un moment donné, soit presque nulle dans une autre, de telle sorte qu'à l'examen au spéculum on trouve le vagin presque sec chez une femme qui l'aurait quelques instans après rempli de sécrétion utérine? Toutes ces conditions sont possibles, et chacune d'elles suffirait pour faire comprendre qu'une femme habituellement incommodée par une leucorrhée pourrait présenter, au moment de l'exploration spéculaire, un col de l'utérus et un vagin à peu près secs.

Il me paraît donc bien établi qu'une femme peut se dire affectée de leucorrhée habituelle, et offrir, au moins à certains momens, à peine une gouttelette d'écoulement au col de l'utérus. Il est également établi qu'une femme, qui prétend ne pas être sujette aux flueurs blanches, peut avoir un écoulement médiocre et même abondant.

Malgré la supériorité de la méthode d'exploration directe sur les simples renseignemens, on est obligé pour l'étude des causes de se borner à cette dernière, à cause de la difficulté qu'on aurait à se procurer un nombre suffisant de faits par le premier de ces moyens.

Pour avoir une observation complète de leucorrhée relevée d'après des explorations spéculaires, il faudrait pouvoir pratiquer ces explorations plusieurs jours de suite et plusieurs fois par jour sur un grand nombre de femmes. Or, peu de femmes seraient disposées à se prêter à de semblables investigations. Je ne croyais même pas à la possibilité d'employer le spéculum en grand, ailleurs que dans un service de femmes vénériennes, et cependant là aussi se présente une chance d'erreur, celle de confondre dans certains cas les écoulemens syphilitiques avec la leucorrhée. Ensuite si l'on parvient, comme c'était le cas dans les salles où j'observai, à obtenir de ces femmes de se soumettre régulièrement à cette opération, il est très-difficile de les obliger à subir longtemps de suite plusieurs explorations par jour, comme il serait nécessaire pour prendre une idée assez exacte de la quantité d'écoulement sécrété.

On comprendra, d'après tout ce que je viens de dire, pourquoi je me sers uniquement des renseignemens fournis par les femmes dans l'étude des conditions qui paraissent favoriser le développement de la leucorrhée.

Influence de certaines conditions générales sur la leucorrhée et ses formes diverses.

Climat. — Les femmes que j'ai observées à Paris sont comme il a été dit (*Mémoire sur la menstruation*, t. IX de ce journal), originaires du centre et du nord de la France. Sur 80 d'entre elles, 27 n'avaient jamais été sujettes aux flueurs blanches, et 27 l'avaient été plus ou moins longtemps.

Celles observées par M. le docteur Girard à Marseille, sont toutes du centre de la France et du midi ; or, sur 25 d'entre elles, 18 n'avaient jamais eu de flueurs blanches, et 7 y avaient été plus ou moins sujettes.

Ainsi le tiers des femmes du nord a été trouvé exempt de cette disposition, tandis que près des trois quarts l'étaient dans le midi de la France; il semblerait donc que le climat a une influence notable sur la leucorrhée.

Parmi les 53 femmes de Paris sujettes aux flueurs blanches, 26 devinrent leucorrhéiques avant, 18 pendant, et 9 longtemps après l'époque de la menstruation. Or, le début hâtif de la leucorrhée pouvant être considéré comme un signe de constitutionalité de l'affection, il est remarquable de voir le petit nombre des cas qui ont débuté après l'âge de formation des femmes.

La leucorrhée peut être continue ou n'avoir lieu qu'à certaines époques, soit avant, soit après les règles. Sur 36 femmes, toujours de Paris, 14 avaient des flueurs blanches intermittentes, 22 en avaient de continues. Chez 15 de ces dernières le flux continu était rémittent à certaines époques, avant ou après les règles.

Ainsi la prédominance des femmes leucorrhéiques

depuis l'enfance, et celle des cas continus sur les intermittentes, concourent à montrer que chez les femmes de Paris le vice constitutionnel de la leucorrhée se rencontre souvent.

Blatin a rassemblé 135 histoires de femmes leucorrhéiques, et a trouvé sur ce nombre que 15 l'étaient devenues avant la menstruation, 106 pendant la période limitée par la menstruation et l'âge critique, et 14 après cet âge critique.

Ce sont donc ces chiffres 15 et 106 que nous devons mettre en parallèle avec nos chiffres 26 et 27. La différence est grande sans doute, mais il y aurait lieu de s'étonner s'il n'y en avait pas. Tant de circonstances peuvent se trouver différentes : mes observations ont été recueillies à Paris, en général sur de jeunes femmes, car aucune n'avait encore atteint l'âge critique; celles de Blatin sont sans doute de pays fort divers et d'âges très-variés, quoiqu'il n'ait pas pris la précaution de mettre le lecteur au fait de ses sources.

Tempérament. — Comme je l'ai dit en parlant de la menstruation, le tempérament est fort difficile à caractériser, parce qu'on ne s'entend pas précisément sur les signes physiques qui en constituent les diverses espèces physiques. Blatin, qui a cherché à faire une statistique de la leucorrhée, non d'après les *opinions*, mais d'après les *observations* des auteurs, dit qu'on ne peut pas déterminer l'influence du tempérament d'après les observations que possède la science : 1° parce que les auteurs n'ont pas donné avec précision les caractères des différens tempéramens, 2° parce qu'ils ont presque toujours fondé leurs divisions sur des idées hypothétiques; 3° parce qu'ils paraissent n'avoir pas assez senti l'utilité de cette détermination; 4° parce que presque tous les auteurs ont négligé de dire quel était le tempérament des malades dont ils rapportent les histoires.

On voit que ce n'est pas d'aujourd'hui que datent les justes observations adressées aux soi-disant riches matériaux dont s'énorgueillit la science.

Si Blatin, qui s'est donné la peine de faire le dénombrement de tous les faits observés avant lui, n'a pu assigner aux tempéramens leur degré d'influence dans la production des fluenrs blanches, que dirons-nous de l'origine de certaines opinions que chacun répète avec l'air d'une certaine conviction : la leucorrhée est un état constitutionnel du tempérament lymphatique? C'est présumable, cela paraît même probable, mais qui l'a prouvé?

Les faits que j'ai recueillis, quoiqu'impropres à résoudre complétement le problême, permettent au moins de rechercher l'influence sur l'existence de la leucorrhée, de la coloration des cheveux et des yeux (1).

Sur 25 femmes de Paris qui n'ont eu de flueurs blanches à aucune époque de leur vie, 12, c'est-à-dire près de la moitié, avaient les cheveux châtains et les yeux bleus; 4 avaient les cheveux et les yeux noirs ou bruns; 5 les cheveux châtains et les yeux gris; les 4 autres présentaient les combinaisons noir-bleu, noir-vert, châtain-vert.

22 femmes, aussi de Paris, sujettes à des flueurs blanches continues, avec ou sans rémittence, et divisées d'après le même système, se répartissent ainsi qu'il suit : 7, c'est-à-dire moins du tiers, se rapportent à la combinaison châtain-bleu, et même dans deux de ces cas les cheveux étaient plutôt blonds que châtains; 5 cas châtain foncé-brun; 5 autres noir-noir, brun-brun, ou noir-brun. Ces deux dernières classes, qui renfermement dix cas, sont confondues en une seule, dans la première série, à cause du petit nombre; 3 cas cheveux-châtains, yeux gris; les deux autres appartenaient aux combinaisons roux-gris et châtain-vert.

Le rapprochement de ces deux séries mérite quelques réflexions; d'abord, nous voyons figurer des deux côtés en première ligne la forme châtain-bleu, qui est en effet la plus commune dans le nord de la France, et cette prédominance de la forme qui est peut-être la plus commune dans le pays où les observations ont été relatées, tend à prouver que, malgré le petit nombre de faits qui composent chaque série, les combinaisons qui s'y trouvent sont distribuées d'une manière assez naturelle, d'une manière qui représente assez bien les proportions de ces mêmes combinaisons dans la population.

Mais si la forme cheveux-châtains et yeux bleus reste en première ligne dans chaque série, son importance, c'est-à-dire son degré de fréquence, n'est pas la même dans chacune. Elle constitue la moitié des femmes de la première, et le tiers ou le quart de la seconde. Les formes châtain foncé-brun et noir-noir, que j'ai confondues ensemble dans la première série, à cause de leur peu d'importance, et séparées dans la seconde, sont chacune moins considérable que la forme châtain-bleu, mais leur importance relative est plus considérable dans la seconde série que dans la première, puisqu'elles y constituent chacune un cinquième des cas, et ensemble la moitié environ de ces mêmes cas.

Quant aux formes qu'on pourrait nommer bâtardes, le châtain-gris, châtain-vert, noir-gris, noir-vert, etc., elles sont moins fréquentes dans chaque série, et y ont une importance relative à peu près égale.

---

(1) Le climat paraissait exercer une grande influence sur la leucorrhée. Je n'ai pas voulu confondre les faits de Marseille avec ceux de Paris, dans la recherche de l'action du tempérament. Quand deux séries de faits présentent des résultats assez dissemblables à cause de la différence d'action d'une première cause qu'on a voulu apprécier, il faut étudier l'action d'une autre cause dans chaque série séparément, ou dans la plus grande seulement, de peur qu'en réunissant de nouveau tous les faits ensemble, la première cause étudiée n'introduise un élément d'erreur. Je pense qu'on ne peut se passer de cette précaution que lorsque les faits des deux séries sont très-nombreux et égaux en nombre, parce qu'alors l'influence étant égale des deux côtés, elle s'annulle d'elle-même.

Il semblerait donc, d'après cette première manière d'analyser les faits, que dans le nord et le centre de la France les flueurs blanches ont plus de tendance à affecter les femmes à cheveux châtains ou noirs, et à yeux bruns ou noirs, que celles qui ayant les cheveux châtains ou blonds ont les yeux bleus.

Si, au lieu de comparer les femmes non sujettes aux flueurs blanches, à celles qui en ont de continues, on les compare à celles chez lesquelles cette disposition a débuté le plus tôt, c'est-à-dire, aux femmes qui sont devenues leucorrhéiques même avant la première menstruation, on obtient un résultat fort analogue.

26 femmes sujettes aux flueurs blanches depuis l'enfance, se répartissent de la manière suivante dans les combinaisons déjà indiquées : 7 cas châtain plus ou moins clair-bleu ; 8 cas châtain-bleu clair ou foncé ; 5 cas noir-brun ; 3 châtain-vert ; 2 châtain-gris, et 1 roux-gris.

Quoique le nombre des cas châtain-bleu soit toujours assez considérable, parce que cette combinaison est la plus fréquente dans notre pays, il est cependant aisé de remarquer que les combinaisons noir-brun et châtain-brun surtout, sont proportionnellement beaucoup plus considérables que dans la série des femmes qui n'ont pas de flueurs blanches, ce qui est d'accord avec notre premier résultat.

Degrés de force de constitution. — L'appréciation de cette cause s'est faite d'une manière approximative, et j'ai établi trois degrés dans lesquels j'ai réparti toutes les femmes soumises à mon observation. Constitution forte, médiocre et grêle.

Sur 19 femmes qui n'ont jamais été sujettes à la leucorrhée, 4 étaient d'une forte complexion, 7 étaient d'une complexion médiocre, 8 étaient grêles.

Sur 19 femmes sujettes au contraire à des flueurs blanches habituelles, 6 étaient robustes, 9 d'une constitution médiocre, et 4 grêles.

La simple comparaison de ces deux résultats semblerait conduire à regarder les femmes robustes comme plus particulièrement sujettes à la leucorrhée que les femmes grêles.

Si cette règle était vraie, nous devrions trouver, pour les femmes sujettes à des flueurs blanches intermittentes, un résultat moyen entre les précédens, et c'est aussi ce que nous donnent les faits. Sur 11 femmes sujettes seulement de temps à autre à un écoulement leucorrhéique, deux sont d'une constitution robuste, 3 sont médiocrement fortes, et 4 sont grêles.

Une autre manière s'offre encore de vérifier les premières données ; c'est de chercher comment se répartissent ces divers points de force de constitution chez les femmes déjà sujettes aux flueurs blanches avant la puberté, puis chez celles qui n'y ont été sujettes que beaucoup plus tard.

Sur 20 femmes leucorrhéiques depuis l'enfance, 7 sont robustes, 7 médiocrement fortes, 6 grêles ; tandis que sur 9 femmes devenues leucorrhéiques seulement longtemps après la menstruation, 2 sont robustes, 3 médiocrement fortes, et 4 grêles.

Ainsi, chez les femmes éminemment leucorrhéiques qui le sont depuis l'enfance, la constitution robuste prédominait, tandis que les constitutions grêles prédominent chez celles qui sont le moins leucorrhéiques ; ce résultat est d'accord avec les précédens.

Renseignemens que fournit l'exploration au speculum, sur le siége et la nature des flueurs blanches.

Lorsqu'on examine au spéculum une femme adulte et saine, on trouve ordinairement le vagin tapissé d'une légère humidité, et l'on rencontre à l'orifice du col de l'utérus une gouttelette d'un liquide consistant, d'apparence albumineuse, tantôt transparent, tantôt demi-transparent ou opalin, tantôt strié de linéamens blancs ou jaunes qui simulent assez bien des membranes. Quelquefois on ne rencontre pas de suite cette gouttelette, et alors pour la faire paraître il faut presser le col avec les bords de l'extrémité du spéculum.

Quelquefois au lieu d'être glaireux et consistant, l'écoulement venant de l'utérus est tout à fait aqueux, et alors il est difficile d'en apprécier la quantité ; parce qu'il s'écoule aussitôt au dehors : on n'en reconnaît l'existence qu'à l'aspect très-humide de toute la surface de la muqueuse, où à la présence d'une partie de ce liquide aqueux dans les anfractuosités ; enfin à quelques gouttes d'eau sortant du col lorsqu'on les presse avec le spéculum, et se répandant aussitôt en nappe sur la face interne de l'instrument.

S'il est difficile d'apprécier l'abondance de la matière sécrétée sous cette dernière forme, il est au contraire facile d'estimer la quantité du produit glaireux quand elle ne dépasse pas certaines limites. Ainsi, au lieu d'une goutte à l'orifice du col, on peut rencontrer une petite lame de matière albumineuse dont une extrémité remonte dans l'intérieur du col, tandis que l'autre est collée quelque part sur les parois du vagin. Cette lamelle peut être comme la goutte, ou parfaitement transparente : alors elle ressemble assez bien à du blanc-d'œuf cru ; ou opaline, ou d'un blanc jaune opaque, ou grisâtre ; ou enfin elle peut aussi être transparente et marbrée de filamens jaunes ou blancs.

Les mêmes produits, quand ils sont sécrétés en plus grande quantité, remplissent plus ou moins le vagin, en tapissent les parois de telle sorte qu'il est quelquefois impossible de distinguer ce qui tient à la sécrétion utérine de ce qui appartient à celle du vagin.

Quelquefois j'ai rencontré à l'orifice du col une goutte de matière jaune, comme purulente, et n'ayant point la viscosité qui fait ordinairement le caractère de la sécrétion utérine. Si cette matière est abondante, elle tapisse le vagin, et alors encore il devient difficile de la distinguer de la sécrétion vaginale.

Enfin j'ai rencontré aussi l'orifice du col complétement sec, sans qu'aucune trace de sécrétion utérine ne parût dans le vagin.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que de la sécrétion utérine ; c'est en effet la plus importante à considérer dans la leucorrhée, puisqu'elle constitue en bonne partie ce

qu'on appelle fleurs blanches. Mais le vagin a aussi ses produits de sécrétion, et quoique parmi ceux que je vais décrire il en soit qu'on doive attribuer à la phlegmasie blennorrhagique de la muqueuse (toutes les femmes que j'ai examinées ayant été infectées), cependant certains produits m'ont paru à la fois appartenir au vagin, et se distinguer de la sécrétion spécifique de la blennorrhagie.

J'ai trouvé quelquefois le vagin couvert d'une matière jaune opaque, en tout semblable à du pus, et lorsque cette matière coïncidait avec une rougeur vive uniforme ou striée en bandes parallèles, ou pointillée de la muqueuse, il était difficile de ne pas les rapporter à une inflammation blennorrhagique du vagin.

Mais d'autres fois la coloration de la muqueuse étant naturelle, la sensibilité normale, et l'utérus laissant suinter par le col sa sécrétion habituelle, je trouvai le vagin tapissé d'une substance analogue à du lait ou même à de la crême. Cette matière *crêmeuse* ou *laiteuse* variait sous le rapport de la consistance; quelquefois elle paraissait aussi concrète que du fromage blanc, *matière caséeuse*. Ces produits se rencontrent-ils aussi chez les femmes non infectées, et concourent-ils à la formation des flueurs blanches? C'est ce qui me paraît probable, quoiqu'il soit fort difficile de l'établir.

Revenons maintenant sur ces divers produits utérins et vaginaux, et entrons, à leur occasion, dans les détails que comporte l'analyse des faits que j'ai observés.

A propos de l'écoulement utérin, nous parlerons de son abondance, de sa nature, et des circonstances qui font varier ces deux conditions.

Nous parlerons ensuite de l'écoulement vaginal et des modifications qu'il subit selon l'état où se trouve la muqueuse vaginale.

Ecoulement utérin (1). — Sur 193 examens au spéculum où il a été tenu compte de l'écoulement utérin, j'ai trouvé 23 fois l'orifice sec, sans traces d'écoulement, et le vagin dans ce cas n'offrait non plus aucun produit qu'on pût attribuer à la sécrétion utérine.

Quarante fois l'écoulement utérin ne s'est manifesté que par une simple goutte pendante à l'orifice du col. Dans les 130 autres cas, l'écoulement utérin était plus abondant.

Sur les 23 cas où je n'ai rien trouvé, 10 fois cet état coïncida avec un retard des règles, de deux, trois mois au plus.

Sur les 40 cas de la seconde catégorie, 11 fois les règles étaient en retard, et sur ces 11 cas, 1 fois il y avait certitude de grossesse.

Enfin sur les 130 cas de la 3e catégorie, 28 fois les règles furent en retard, et dans 10 de ces 28 cas, la grossesse était plus ou moins reconnue.

On voit donc que la sécrétion utérine n'est point nécessairement suspendue par l'état de grossesse, il semble même que cette sécrétion se rencontre presque toujours en pareil cas, quoique dans une assez forte proportion des cas où les règles ont éprouvé quelque retard, cette sécrétion ait été trouvée suspendue.

J'ai fait 8 explorations au spéculum chez deux jeunes filles impubères : 3 fois il n'y avait pas trace d'écoulement utérin, 3 fois une simple goutte paraissait à l'orifice, enfin 2 fois l'écoulement utérin est indiqué, mais la quantité n'est pas notée.

Voilà tout ce que j'ai pu tirer de mes observations, relativement à l'abondance de l'écoulement utérin : parlons maintenant de son état, de sa nature et des circonstances qui peuvent influer sur cet état; et auparavant donnons quelques développemens préliminaires qu'exige la nature du sujet.

Nous avons vu que l'écoulement utérin pouvait être ou aqueux ou plus ou moins visqueux; que la première forme était toujours identique à elle-même; que la seconde, au contraire, présentait des nuances variées; qu'ainsi cet écoulement visqueux pouvait être ou parfaitement transparent ou demi-transparent (opalin), ou strié, ou opaque, soit blanc, soit jaune. Sans doute la principale cause de ces différens états doit être cherchée dans la disposition qu'affecte la cavité même de l'utérus; mais, quelle que soit l'importance de cette cause, elle échappe complétement aux recherches, puisqu'il n'existe pas de moyens d'investigation qui permettent de décrire la cavité utérine chez une femme vivante. S'il est, après la cavité de l'utérus, une cause qui influe sur ces formes diverses, c'est sûrement l'etat du col, et en particulier celui de son orifice que les yeux peuvent atteindre à l'aide du spéculum.

L'orifice peut être, ou parfaitement sain, ou entouré d'une cercle rose, rouge, contrastant plus ou moins avec la couleur naturellement rose-pâle du reste de la muqueuse; ou bien ce cercle est rouge-vif, saignant, ou la rougeur est grenue sans érosion; ou enfin ce cercle est érodé, ulcéré avec un fond, soit lisse, soit grenu.

Parmi ces altérations, que j'ai toutes rencontrées assez souvent pour soumettre à une analyse les faits qui s'y rapportent, quelles sont celles qui sont naturelles, qui résultent d'une phlegmasie chronique, qui sont produites par des causes analogues à celles qui déterminent les flueurs blanches, et quelles sont celles qui tiennent à l'infection syphilitique? Telle est une première question qu'on pourra d'abord nous poser. Elle est embarrassante, et quoique chez des femmes soignées dans un hôpital de vénériens, l'érosion du col paraisse être le résultat de l'infection syphilitique, il faudrait, pour oser l'affirmer, avoir examiné comparativement, et au spéculum, un nombre aussi considérable de femmes saines, pour s'assurer qu'elles ne sont pas sujettes à ces mêmes érosions du col. Or, c'est ce qui n'a pas été fait, et ce qu'il sera presqu'impossible de faire. Mais si l'on admet que l'érosion est syphilitique, et que par consé-

(1) Les altérations du col, à de très-rares exceptions près, se rencontrent toujours au pourtour de l'orifice, et sur plusieurs centaines de spéculisations que je eu occasion de faire, si j'excepte les cas où j'ai rencontré des végétations du col, je n'ai peut-être pas vu dix fois, autant qu'il m'en souvient, une altération quelque part sur le col, sans que le pourtour de l'orifice fût altéré en quelque façon.

quent, toute influence constatée de cette érosion sur l'apparence de l'écoulement utérin tient à un vice blennorrhagique ou syphilitique, et non à la leucorrhée proprement dite, que pensera-t-on des simples granulations, puis des rougeurs vives, puis des rougeurs ternes? A mesure que les lésions seront moins tranchées, à mesure que toute idée de syphilis s'éloignera de l'esprit. Où faudra-t-il s'arrêter? C'est ce qu'il est fort difficile de dire; et cette question reste toute entière à résoudre par des faits authentiques pour ceux qui voudront s'occuper de la matière.

Mais, quoiqu'il en soit de la nature de ces altérations, on peut encore trouver quelqu'intérêt à se demander si chacune d'elles exerce une influence sur la forme de l'écoulement utérin, et c'est sur ce point seulement que nous allons interroger les faits.

Sur 75 explorations spéculaires où l'orifice du col s'est trouvé parfaitement sain, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Écoulement aqueux.	7 fois.
Ecoulement albumineux transparent.	28 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent, strié de gris, de bleu ou de jaune.	13 fois.
Écoulement opaque, une fois jaune, 2 f. blanc.	3 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication.	2 fois.
Quelques gouttes de sang, 8 j. après les règles.	1 fois.
Pas d'écoulement apparent.	11 fois.

Sur 52 explorations spéculaires où l'orifice du col était entouré d'un cercle rose-rouge plus fangé que le reste de la muqueuse, mais nullement vif ni saignant, et sans granulations ni érosions, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Écoulement aqueux.	3 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent dont 2 striés de jaune et 2 de blanc.	14 fois.
Écoulement opaque dont 2 blancs, 2 jaunes.	5 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication.	5 fois.
Pas d'écoulemens apparens.	4 fois.

Sur 9 explorations spéculaires où l'orifice du col était entouré d'un cercle rose-rouge plus fangé que le reste de la muqueuse, mais nullement vif, ni saignant, et sans granulations ni érosions, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Écoulement aqueux.	0 fois.
Ecoulement albumineux transparent.	1 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent, strié de jaune.	5 fois.
Écoulement opaque.	2 fois.
Albumineux et saignant.	1 fois.
Pas d'écoulement apparent.	0 fois.

Sur 27 explorations spéculaires où l'orifice du col était entouré d'une rougeur grenue, mais sans érosion, l'écoulement utérin offrait les formes suivantes :

Écoulement aqueux.		1 fois.
Écoulement albumineux transparent.		5 fois.
Écoul. album. d.-transpar.	strié de blanc	3 fois.
	strié de jaune	6 fois.
	pas indiqué.	1 fois.
Écoulement opaque.	bleu.	3 fois.
	jaune.	2 fois.
	pas indiqué.	1 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication.		1 fois.
Cas incertain.		1 fois.
Pas d'écoulement.		3 fois.

Sur 30 explorations spéculaires où l'orifice du col était entouré d'une rougeur érodée, avec ou sans granulations, l'écoulement utérin offrait les formes suivantes :

Écoulement aqueux.		1 fois.
Ecoulement albumineux transparent.		8 fois.
Écoul. album. d.-transpar.	strié de blanc	1 fois.
	strié de jaune	3 fois.
	pas indiqué.	3 fois.
Écoulement opaque.	blanc.	1 fois.
	jaune.	4 fois.
	pas indiqué.	2 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication.		5 fois.
Pas d'écoulement.		2 fois.

On peut tirer de la comparaison de ces tableaux plusieurs résultats intéressans; mais pour les rendre plus évidens, nous ferons un tableau résumé dans lequel nous considérerons les divers états du col, sous 3 formes principales.

	Orif. sain.	Or. rouge.	Or. rouge, vif, saignant ou ulcéré.
Écoulement opaque.	7	3	2
Écoulem. alb. transp^t.	28	21	14
Écoul. d.-transp^t ou strié.	13	14	22
Écoulement opaque.	3	5	15
Pas d'écoul. apparent.	11	4	5
Total.	62	47	58

Même tableau réduit en fractions décimales.

	Orif. sain.	Or. rouge.	Or. rouge saign. ou ulcéré.
Écoul. aqueux.	0,113	0,064	0,034
Écoul. alb. transp.	0,452	0,447	0.241
Ec. d.-transp. ou str.	0,210	0,298	0,380
Écoul. opaque.	0,048	0,106	0,259
Pas d'écoulement.	0,177	0,085	0,086

Ce tableau rend évident l'influence de l'état de l'orifice sur celui de l'écoulement. L'écoulement aqueux et l'écoulement transparent albumineux se rencontrent dans la majorité des cas où l'orifice est sain, dans la moitié de ceux où il est entouré d'une simple rougeur, et seulement dans le quart environ des cas où il y a une

rougeur vive ou une ulcération à l'orifice du col. L'inverse a lieu pour les écoulemens demi-transparens, striés et opaques.

Cependant on voit que l'état de l'orifice du col n'est pas la seule cause qui influe sur la forme de l'écoulement, et que cet état n'exerce pas toujours la même influence; car les cas d'ulcération du col qui coïncident plus fréquemment que les autres avec l'écoulement opaque, n'en coïncident pas moins quelquefois avec un écoulement, soit aqueux, soit albumineux, soit transparent; et dans les cas où le col est parfaitement sain, on rencontre aussi quelquefois l'écoulement opaque et l'écoulement strié.

Il y a encore une remarque à faire; c'est que la proportion des cas où l'écoulement n'est pas apparent est beaucoup plus forte, plus de deux fois plus forte lorsque le col est sain, que lorsqu'il présente une altération, et que la gravité de l'altération n'influe pas sensiblement sur cette fréquence, puisque le rapport des cas où l'écoulement existe à ceux où il n'existe pas, est le même, que le col soit rouge ou qu'il soit ulcéré.

Il est donc probable que l'écoulement aqueux et l'écoulement albumineux transparent appartiennent en propre à la leucorrhée, tandis que les stries qui s'y mêlent quelquefois, et que la sécrétion purulente, ou blanche opaque, appartiennent plutôt à une phlegmasie, soit simple, soit syphilitique, ce qu'il importe peu de résoudre ici.

Il nous reste, pour remplir notre cadre, à étudier les altérations de la muqueuse vaginale qui se sont le plus souvent offertes à notre observation, à rechercher dans quelle proportion de fréquence elles se sont rencontrées, et à comparer les produits de sécrétion vaginale coïncidant avec une muqueuse saine, à ceux qui coïncident avec ses altérations. Nous verrons enfin s'il y a lieu d'en tirer, comme pour l'écoulement utérin, les caractères de l'écoulement vaginal qui n'appartiennent pas à la phlegmasie du vagin, et qui concourent probablement à constituer une partie de l'écoulement leucorrhéique.

Ecoulement vaginal. — Je comprends sous le nom de muqueuse vaginale, toute la membrane qui tapisse la cavité du vagin; ainsi je n'excepte point celle du col qui est une continuation de la première, et dont l'état de coloration s'est toujours trouvé identique à celui du vagin, lorsque la coloration était uniforme. Je dois dire aussi, relativement à l'écoulement vaginal, qu'il m'a été quelquefois difficile de distinguer dans les produits contenus dans le vagin ce qui appartenait à ce dernier de ce qui venait du col de l'utérus; aussi j'ai éliminé, autant que possible, les observations où il y avait doute à ce sujet.

Les altérations de la muqueuse vaginale que j'ai eu occasion d'observer pendant mon année d'internat, et cela sur plusieurs centaines de femmes que j'ai explorées avec le spéculum, sont très-variées; mais celles que j'ai le plus fréquemment rencontrées sont les altérations de coloration. Leur fréquence prédomine tellement, que sur 80 femmes dont j'ai gardé de notes écrites, il s'en trouve à peine une ou deux qui aient présenté autre chose que des altérations de coloration.

Sur 42 explorations spéculaires où j'ai rencontré la muqueuse d'un rose pâle, 24 fois je n'ai pas trouvé de trace d'écoulement vaginal; 11 fois cet écoulement était d'un blanc crêmeux, 1 fois il était caséeux, 5 fois jaune et d'une apparence puriforme, une fois l'écoulement n'était pas décrit.

Sur 35 explorations où la muqueuse était d'un rose un peu intense, douze fois il n'y avait pas d'écoulement dix fois il était blanc, crêmeux, deux fois caséeux, cinq fois jaunâtre, plus ou moins puriforme, quatre fois l'écoulement constaté n'était pas décrit.

Sur 22 explorations spéculaires où la muqueuse était d'un rouge plus ou moins vif, mais uniforme, 3 fois il n'y avait pas d'écoulement, 6 fois il était d'un blanc légèrement jaunâtre ressemblant encore à l'écoulement crêmeux, 7 fois puriforme, jaunâtre ou verdâtre, 4 fois enfin l'écoulement n'était pas décrit.

Enfin, sur 15 explorations où la muqueuse était piquetée de points, ou tigrée de plaques rouges, j'ai trouvé constamment plus ou moins d'écoulement vaginal. Il était 6 fois crêmeux, sur lesquelles 2 fois plus ou moins aéré, 5 fois puriforme, sur lesquelles une fois aéré; une fois je trouvai une matière jaune très-consistante; enfin 3 fois l'écoulement vaginal était tellement combiné avec la sécrétion utérine, qu'il était difficile de le décrire.

En résumant ces divers résultats en un tableau, et en éliminant les cas non suffisamment indiqués, on trouve :

	Muq. pâle.	Muq. rose.	Muq. rouge. uniforme.	Muq. piquetée.
Pas d'écoulement.	24	12	3	0
Ec. blanc crêmeux.	11	10	8	6
Ec. caséeux.	1	2	0	0
Ec. puriforme.	5	5	7	6
Total.	41	29	18	12

Même tableau réduit en fractions décimales :

	Muq. pâle.	Muq. rose.	Muq. rouge. uniforme.	Muq. Piquetée.
Pas d'éc.	0,585	0,404	0,411	0,000
Ec. bl. crêmeux.	0,268	0,355	0,363	0,500
Ec. caséeux.	0,025	0,069	0,062	0,000
Ec. puriforme.	0,122	0,172	0,164	0,500
Total.	1	1	1	1

Malheureusement le nombre des faits relatifs à l'écoulement vaginal est beaucoup moindre que celui des faits précédens, et les douze faits qui constituent la quatrième série sont surtout si limités, qu'ils peuvent ne pas être une représentation fidèle des proportions que nous donnerait une série trois ou quatre fois plus nombreuse.

Cependant si nous cherchons à mettre en évidence les principaux points saillans, tels que nous l'offre le petit champ de notre observation, plus pour les soumettre à

des vérifications à venir, que pour poser des règles définitives, nous trouvons :

Que toutes les formes d'écoulement vaginal se rencontrent d'autant plus fréquemment que la muqueuse s'éloigne plus de ses conditions normales; et qu'au contraire l'absence d'écoulement vaginal s'observe d'autant plus fréquemment que la muqueuse paraît se rapprocher davantage de l'état sain.

Que cependant on rencontre dans un certain nombre de cas toutes les espèces d'écoulemens, même lorsque la muqueuse est saine, de même qu'il peut y avoir absence d'écoulement lorsque la muqueuse est évidemment altérée.

Les considérations auxquelles peuvent donner lieu ces résultats sur les sécrétions utérines et vaginales, me paraissent tout à fait dignes d'intérêt.

Nous voyons d'abord ressortir un grand fait principal : c'est que, quel que soit l'état normal ou altéré de l'orifice ou du vagin, on peut rencontrer toutes les conditions dans lesquelles nous avons vu se présenter ces produits de sécrétion, y compris même l'absence complète d'écoulement.

Nous voyons ensuite que ce premier fait qui semblerait, au premier abord, engager l'analyste à tout confondre, en lui interdisant de chercher des rapports constans et spéciaux entre telle forme d'écoulement et telle forme de lésion, n'empêche pas ces rapports d'exister. Mais à vrai dire, ces rapports ne sont point absolus; ils sont comme la plupart des lois transmises jusqu'à présent en médecine, ils ont tous leur part d'exception.

L'absence d'écoulement, qu'on l'envisage par rapport à la sécrétion utérine ou par rapport à la sécrétion vaginale, est d'autant plus fréquente que l'organe sécréteur se rapproche plus de sa condition normale.

L'écoulement aqueux, qui paraît appartenir en propre à la sécrétion utérine, est la forme qui se rapproche le plus de l'état d'absence complète d'écoulement; car la fréquence décroît autant que l'absence d'écoulement, à mesure qu'on trouve le col moins altéré.

L'écoulement albumineux très-apparent provenant de l'utérus, se range encore dans la même catégorie, puisqu'il est deux fois plus fréquent lorsque l'orifice du col est parfaitement sain que lorsqu'il est ulcéré.

Quant aux autres formes que revêtent les écoulemens, soit vaginaux, soit utérins, leur fréquence croît, au contraire, à mesure que le col ou le vagin s'altèrent de plus en plus; et s'il en est parmi elles quelques-unes qui appartiennent encore à la leucorrhée constitutionnelle, cela ne peut se faire qu'en admettant que les flueurs blanches s'accompagnent souvent d'altération de coloration de la muqueuse.

—

Quelques observations de maladies de la moelle épinière et de ses membranes, de purpura hemorrhagica *et de cancer du foie;* recueillies dans les salles de médecine de l'hôpital civil de Nancy (service de M. le professeur Serrières), et publiées par M. Colliny, D. M. P.

Les observations suivantes, à l'exception d'une seule, ont été recueillies dans les salles de l'hôpital; toutes les autres, hormis la troisième, ont pour objet des malades qui ont été reçus dans le service médical dirigé par M. le docteur Serrières. Elles nous ont paru intéressantes surtout sous le rapport de l'anatomie pathologique, car presque toutes ont eu une issue funeste : c'est par ce motif que nous nous sommes décidé à les livrer à la publicité. Nous avons pensé que le nouveau n'était pas seul utile, et que des observations qui confirment ou contredisent les opinions de nos dévanciers sont pour le moins aussi nécessaires aux progrès de la science : ainsi, quoique les lésions du prolongement rachidien et de ses membranes aient été l'objet de savantes recherches dans ces derniers temps, nous croyons que les observations suivantes pourront être de quelqu'utilité, en confirmant les remarques que d'autres auteurs ont déjà faites. Nous avons joint un cas de *purpura hemorrhagica,* que nous croyons remarquable par le nombre des ecchymoses que nous avons rencontrées, et une observation de cancer du foie qui détermina une hémorrhagie promptement mortelle.

Des circonstances qui ont souvent été indépendantes de notre volonté sont cause que dans quelques-uns des cas que nous rapportons, les détails anatomiques n'ont pas toute l'étendue qu'ils comportaient; cependant, ce que nous en avons pu recueillir suffit le plus souvent pour les remarques que nous avons faites.

Obs. Ire. — *Fièvre typhoïde, guérison. Douleur à la gorge avec sentiment de strangulation et de compression de la trachée; plus tard paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Guérison.*— Elisabeth Carpentier entra à l'hôpital le 15 avril 1831, atteinte de la maladie nommée fièvre typhoïde; la marche en fut longue et pénible, nécessita plusieurs applications de sangsues, des vésicatoires aux jambes; on suivit du reste le traitement dit antiphlogistique; la convalescence fut longue et ne présenta aucun accident. L'appétit était revenu avec les forces et l'embonpoint, lorsque la malade fut prise, dans les premiers jours de juillet, immédiatement après le repas du soir, d'une douleur à la gorge, avec sentiment de strangulation; elle accusait en même temps la sensation d'un corps étranger qui comprimerait la trachée. Les autres malades la couchèrent et lui donnèrent de l'eau froide; les accidens se calmèrent bientôt et ne reparurent plus. Huit ou dix jours après, elle eut de la fièvre, se plaignit de céphalalgie sus-orbitaire, la langue rougit; on lui fit garder le lit, observer la diète et prendre de l'eau d'orge et quelques lavemens. Cette indisposition n'eut aucune

suite, et la malade avait repris son régime habituel, lorsque le 30 juillet au matin, elle s'aperçut en voulant se lever que le mouvement des extrémités inférieures était aboli.

Cette fille est forte, élevée à la campagne, d'un tempérament sanguin et bilieux, d'une constitution si robuste qu'à peine âgée de 15 ans, on croirait qu'elle en a 18 ou 20; elle n'est pas encore réglée. Le pouls est à 80, la langue un peu animée; la malade accuse un sentiment de constriction à la région épigastrique, sentiment qui gêne un peu la respiration; nulle douleur le long de l'épine, excepté lorsqu'on la change de position; elle se plaint alors, et rapporte la douleur aux dernières vertèbres dorsales; sentiment de fourmillement dans les membres pelviens et dans la partie inférieure du tronc jusqu'à une ligne circulaire qui passerait sous l'ombilic; vessie et rectum paralysés. Pensant que les accidens sont dus au défaut de menstruation, on prescrivit six sangsues à la vulve, une infusion d'armoise, l'eau d'orge et la diète. Le 31, même état; les sangsues ont beaucoup coulé. (Même traitement, moins les sangsues.) Le 1er août, même situation; la malade a dormi. (Saignée du bras de trois palettes; le reste à l'ordinaire.) Le 2, même état. (On applique de chaque côté de l'épine, depuis la partie moyenne des omoplates jusqu'au sacrum, cinq larges ventouses qui occupent tout cet espace; on les scarifie profondément. L'écoulement de sang est abondant. Le reste comme les autres jours.) Le 3, depuis l'application des ventouses, la malade se trouve plus soulagée qu'elle ne l'a encore été: l'oppression épigastrique a disparu, la respiration est plus libre, le pouls moins fréquent, les douleurs du dos beaucoup diminuées. Dans la journée d'hier et dans la nuit les membres inférieurs ont été agités de soubresauts assez fréquens. (Dix sangsues à la vulve, cataplasmes à la plante des pieds, petit-lait, émulsion.) Le 4, les sangsues n'ont pas été appliquées; la malade est dans le même état; l'appétit se développe; le sommeil est bon. (Même prescription qu'hier.) Le 5, les sangsues ont fourni beaucoup de sang, et peu de temps après la malade a vu disparaître le fourmillement qu'elle ressentait aux extrémités, et renaître les mouvemens volontaires: elle remue facilement, et d'une manière assez marquée, les jambes et les cuisses; elle a pu se tenir un instant debout; la vessie et le rectum ont repris leurs fonctions; mais elle se plaint de coliques assez vives depuis le matin. (Lavement émollient, tisane de pissenlit, bouillon.) Le 6 et le 7, la malade va bien, les mouvemens reviennent toujours; il n'y a plus de fièvre, mais le pouls est encore dur et plein. (Traitement comme le 5, et de plus douze sangsues le long de la colonne vertébrale.) Le 8, les sangsues ont bien donné; la malade se trouve bien; elle a de l'appétit. A dater de ce jour, les forces des membres qui ont été paralysés reviennent un peu; elle peut faire quelques pas soutenue par deux personnes. Le 14, la malade va de mieux en mieux; elle fait quelques pas seule, mais en chancelant. Depuis cette époque, sa marche s'affermit de jour en jour, et elle est en état de sortir le 29, parfaitement guérie et ne ressentant rien de sa dernière affection.

Cette maladie est très-probablement une congestion dans le système sanguin de la moelle de l'épine et de ses membranes; congestion qui a été déterminée sans doute par un effort que faisait la nature pour l'apparition des règles; peut-être aussi a-t-elle été provoquée par la fièvre typhoïde qui l'avait précédée. Cette dernière circonstance peut avoir joué un grand rôle dans la production de la maladie. J'ai vu à l'hôpital une fille de 22 ans qui fut affectée d'une dothinentérie qui se compliqua de paralysie, puis de contracture des membres, tant thoraciques qu'abdominaux, avec lésion des facultés intellectuelles. La contracture disparut après un assez long espace de temps, mais elle ne céda entièrement, et les fonctions de l'entendement ne reprirent leur activité qu'après l'usage répété, deux années de suite, des eaux de Plombières. Un phénomène remarquable chez E. Carpentier, fut la douleur simulant une angine et la strangulation, et sa cessation prompte: la congestion paraissait alors s'établir vers la partie supérieure de la moelle. Plus tard elle eut son siége vers la portion lombaire de cet organe; les évacuations sanguines étaient le seul remède efficace, et le lieu où elles furent pratiquées doit aussi être pris en considération, car chez un sujet aussi robuste le nombre des sangsues a été assez restreint, et cependant l'amélioration fut due en grande partie à leur application, et lui succéda promptement.

Obs. II. — *Résolution subite de tous les membres; douleur à la région trachélienne du rachis; mort par asphyxie.* — Le 19 juillet 1830, on apporta à l'hôpital un vigneron nommé Corbin, âgé de 29 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste. Il était dans l'état suivant: résolution complète avec insensibilité des extrémités supérieures et inférieures; face dans l'état naturel; pupilles resserrées, mais contractiles; fonctions intellectuelles saines; ouïe bonne; parole libre; langue sortant facilement et sans déviation de la bouche, humide, recouverte d'un léger enduit blanchâtre; respiration dans l'état normal; pouls plein, dur, à 45; vessie et rectum paralysés. Il donna les renseignemens suivans: Pendant la journée de la veille il avait fait un trajet d'une lieue, exposé à l'ardeur d'un soleil brûlant; arrivé au terme, il but du vin en petite quantité, et retourna chez lui pendant la nuit qui fut chaude; mais en route il fut pris tout à coup d'une faiblesse générale (ce sont ses expressions), et tomba. Il ne put se relever, et deux personnes l'emportèrent chez lui. Il n'a pas perdu connaissance avant ni depuis sa chute, ni ressenti aucune douleur à la tête, seulement il en ressent une assez vive à la région cervicale de l'épine. Depuis l'accident, il n'a pris que deux tasses d'infusion de fleur d'oranger. Un médecin appelé l'a sondé; maintenant il éprouve de plus une légère sensation de froid. (Saignée du bras d'une livre, légère infusion de tilleul pour le réchauffer, eau d'orge.) Le 20, le sang est sorti rouge et rutilant comme du sang artériel, et s'est coagulé sur-le-champ. Le matin à cinq heures, il sort a peu près un demi-litre d'urine naturelle par le cathétérisme qui n'a-

vait pas été pratiqué depuis quinze heures ; le pouls est à 85. Face plus colorée que la veille ; respiration plus difficile ; on exhausse le chevet. A huit heures, respiration plus facile ; face moins injectée ; pouls à 70, moins dur que la veille. Le malade se plaint de fourmillemens désagréables dans les jambes qui sont toujours insensibles ; les extrémités supérieures ont recouvré leur sensibilité ; le malade peut élever les bras de quelques pouces en appuyant les poignets sur le lit, mais il ne peut pas mouvoir les doigts ; la douleur de la région cervicale a presqu'entièrement disparu. (Douze sangsues à la partie postérieure du col, limonade, lavement purgatif.) Les sangsues ont donné considérablement. Le malade est dans le même état jusques vers deux heures après-midi. Une sœur ayant alors voulu le faire boire, s'aperçut qu'il rejetait au loin la tisane après avoir tenté de l'avaler. A cinq heures, le malade a la face pâle, les yeux fixes, les paupières abaissées, tuméfiées, bleuâtres ; respiration difficile ; râle muqueux à grosses bulles ; pouls mou, fréquent ; peau brûlante ; perte de connaissance ; selle copieuse involontaire. (Vésicatoires aux jambes.) Mort à six heures. Il fut impossible de faire l'ouverture du cadavre.

Obs. III. — *Chute sur la partie postérieure du col ; suivant une autre version, courbure forcée de l'épine en avant ; paralysie des quatre membres, de la vessie et du rectum priapisme : pneumonie. Mort. Déchirures des ligamens des apophyses articulaires ; abcès dans la substance de la moelle : hépatisation rouge d'un poumon.* (Cette observation a été recueillie à la clinique de M. le professeur Simonin, chirurgien en chef). — Tourabel (Antoine), charpentier, 23 ans, fut apporté à l'hôpital dans la matinée du 25 juin 1834. Il se trouvait dans l'état suivant : perte de connaissance, résolution de tous les membres, pouls lent et plein, respiration profonde, face vultueuse, érection très-intense du pénis. Ses camarades qui l'apportaient nous apprirent que ce jour même, il était occupé avec un autre ouvrier à soutenir un pan de séparation qu'on démollissait ; son compagnon voyant qu'ils étaient trop faibles pour résister au poids du fardeau se retira, et Tourabel voulant l'imiter soutenait la paroi de ses deux mains en marchant à reculons, lorsqu'il trébuche, est renversé violemment et rencontre dans sa chute un poutre couchée à terre sur laquelle va frapper la portion de l'épine qui forme le commencement du dos, de sorte que le col et la tête portent à faux ; la paroi avait été arrêtée dans sa chute et le malheureux ouvrier n'avait dû qu'au hasard de n'en pas être écrasé. Cet homme interrogé plus tard et à plusieurs reprises expliqua l'événement d'une autre façon ; il dit que voulant retenir seul la masse, il avait appuyé contre elle non seulement les mains, mais encore la tête, et que le poids avait fortement fléchi la tête en avant jusqu'à la ramener presque entre ses genoux, qu'il tomba alors et perdit connaissance. (Diète ; tisane de guimauve, lavement purgatif, saignée du bras). La saignée a été d'environ 20 onces ; le malade a repris connaissance dans la journée ; douleur à la nuque qui n'est le siége d'aucune lésion appréciable, quelques mouvemens des bras, insensibilité de ces membres et du corps environ les cinquièmes côtes jusqu'aux pieds, la paralysie partielle des muscles respirateurs, pouls lent et moins dur, respiration moins profonde, érection du pénis, rétention d'urine. (On introduit une sonde à demeure dans la vessie). Le 26, insomnie, déjections involontaires, pouls à 60 ; douleur de la région postérieure du col augmentée, mouvemens des bras moins libres qu'hier au soir ; l'érection a cessé plusieurs heures et revient au moment de la visite. (Bouillon, tisane de guimauve ; eau minérale (apozème émé-to-cathartique) trois gobelets, 16 sangsues à la nuque). Le 27, sommeil de 4 à 5 heures pendant la nuit, mouvemens des bras plus prononcés ; sensibilité revenue jusqu'auprès du pubis, la verge est sensible, l'érection ne reparaît jusqu'à la fin de la maladie que lorsqu'on change de sonde, douleur moindre à la nuque depuis les sangsues qui ont beaucoup coulé ; vomissement de mucosités hier dans la soirée, déjections alvines peu abondantes, pouls à 80. (Bouillon, guimauve, lav. purgatif). Le 28, le malade a dormi la moitié de la nuit ; la sensibilité est revenue sans le mouvement à l'extrémité inférieure droite. (Même traitement). Le 29, même état, la douleur de la nuque persiste, l'appétit se développe. (Semoule au lait deux fois ; guimauve, lavement purgatif, vésicatoire à la nuque). Le 30, même état et même traitement. 1er Juillet. Dans la journée du 30 juin, il survient de la fièvre, des efforts de toux très-fatigans à cause de la paralysie des muscles thoraciques, expectoration nulle. (Semoule le matin, diète le soir ; guimauve, looch blanc, lavement purgatif). Le 2, la toux a cessé ; insomnie, fièvre intense (95) ; la langue se dessèche et commence ce matin à se recouvrir d'un enduit fuligineux. (Diète, guimauve émulsionnée, lavement purgatif). Le 3, la langue est humide, mais rouge à la pointe, sensibilité obtuse à l'épigastre ; le malade a été fatigué par la toux et n'a pas dormi. (Diète, guimauve émulsionnée, julep anodin, lavement purgatif). Le 4, point de sommeil, pouls à 85, peu de toux, respiration difficile, langue sèche et rouge, céphalalgie. (Diète ; 8 sangsues derrière les oreilles, guimauve émulsionnée, lav. émollient). Le 5, quatre sangsues seulement ont mordu et médiocrement coulé ; néanmoins le malade est mieux, il a dormi deux heures ; plus de céphalalgie, langue humide, respiration plus facile, pouls fort, à 70. (Diète ; guimauve émulsionnée, lav. émoll.). Le 6, le malade n'a pas dormi, il a été assoupi hier dans la journée, il se plaint d'une chaleur âcre à l'estomac, la pression à l'épigastre n'est pas douloureuse, diarrhée, pouls à 72, la langue se sèche de nouveau, respiration difficile. (Diète ; infus. de fleurs de mauve, émulsion ℥ viij, lav. émollient). Le 7, le malade a un peu dormi ; langue humide, l'appétit se relève ; mais le sujet s'affaiblit visiblement. (Bouillon. Le reste comme hier). Le 8, pouls à 60, plus faible que les jours précédens, syncopes avec suspension complète de la circulation et de la respiration chaque fois qu'on donne au malade la position verticale, escarre énorme au sacrum, douleur à la circonférence de la base de la poitrine, ventre ballonné. (Semoule deux fois ; mauve, émulsion, lavement). Le 9, pouls plus faible

qu'hier, escarres aux deux talons, douleurs vives à la région plantaire des deux pieds. (Même prescription). Le 10, le malade n'a pas dormi, il se plaint d'une vive douleur qui semble se rapporter à toute la circonférence des attaches du diaphragme, il accuse un sentiment de strangulation qu'il compare à la constriction d'une bande. (Même prescription). Mort le 10 à deux heures après midi, sans agonie.

Nécropsie le 11, *dix-huit heures après la mort. Habitude extérieure.* — Emaciation considérable, escarre qui avait mis à nu le sacrum.

Rachis. — Les ligamens qui unissent postérieurement les apophyses articulaires de la 7e vertèbre cervicale à la 1re dorsale sont détruits; l'intérieur des articulations est ouvert, on sent quelques points des apophyses qui sont rugueux. Moelle ramollie dans la région cérvicale, principalement vis-à-vis la 7e vertèbre; dans cet endroit la substance médullaire est presque diffluente; la moelle incisée longitudinalement fait voir vers sa partie centrale et aussi vis-à-vis la 7e vertèbre une cavité pouvant contenir une fève de marais; cette cavité était remplie par une substance purulente d'un gris-brun-verdâtre, une traînée légère de cette matière remontait dans l'épaisseur de la moelle jusques environ la 4e vertèbre cervicale. Poumon gauche imperméable à l'air dans sa totalité et hépatisé en rouge; poumon droit et cœur sain. Estomac et intestins dans l'état normal.

Les deux observations précédentes présentent des rapports assez frappans dans plusieurs de leurs symptômes, quoique la cause soit différente. Chez Corbin la paralysie a sans doute été déterminée par une apoplexie de la partie supérieure de la moelle, chez Tourabel la cause est traumatique. Chez tous les deux nous trouvons douleur à la nuque, paralysie des membres de la vessie et du rectum, de plus chez le second un priapisme qui se prolonge plusieurs jours. Chez ce dernier, la maladie suivit les transitions de l'inflammation à la suppuration, chez le premier le désordre fut trop grand pour que la vie pût persister quelque temps. Dans les deux cas la paralysie des muscles de la respiration accéléra sans doute la mort, et les douleurs que Tourabel ressentait à la base de la poitrine sont bien une preuve de la lésion de l'innervation du diaphragme; le sentiment de strangulation qu'il a présenté, et qu'on avait aussi remarqué chez E. Carpentier, a eu jusqu'à un certain point son analogue chez Corbin, qui manifesta l'impossibilité d'avaler les boissons vers les derniers instans de sa vie. Ainsi la seconde observation vient éclairer encore le diagnostic de la première, s'il pouvait rester quelque doute que le malade qui en fait l'objet succomba à une affection très-intense de la partie cervicale de la moelle; et cependant la nature de cette affection nous sera toujours cachée. Une chose assez remarquable chez Tourabel, c'est la différence dans l'explication de l'accident; cependant celle qu'a donnée le malade lui-même et sur laquelle il s'est expliqué plusieurs fois avec détails paraît la plus probable : d'abord il a pu savoir très-bien les circonstances qui ont précédé et amené son accident; puis elle est confirmée par la nature des lésions qui avaient leur siége à la partie postérieure du canal osseux sans qu'il y eût rien dans l'articulation du corps des vertèbres. Remarquons en outre que dans l'autre explication un coup assez violent pour rompre deux articulations n'aurait pas produit à la peau la plus légère contusion, circonstance qui nous paraît peu probable.

Obs. IVe.—*Arthrite chronique; hépato-duodénite; calculs biliaires.* Plus tard, *palpitations; vertiges; douleur dans le rachis; mouvemens convulsifs des membres; mélancolie. Plaques cartilagineuses de l'arachnoïde; pneumo-thorachis; atrophie de la moelle; hypertrophie du ventricule gauche du cœur; aspect particulier du foie; calculs biliaires.* — M. le général baron D***, d'une constitution athlétique, d'un tempérament sanguin, avait gagné à l'armée un rhumatisme qui devint plusieurs fois aigu et resta chronique. Tout à coup les articulations qui présentaient plusieurs *nodus* furent dégagées : c'est alors que plusieurs symptômes de lésions intérieures se manifestèrent. Les docteurs L. Valentin et Serrières furent appelés pour le soigner; ils reconnurent une hépato-duodénite aiguë : la couleur fauve-foncée de la peau, les urines rares et noirâtres, les démangeaisons de la peau, la douleur à l'épaule droite, les hoquets fréquens, les vomissemens firent reconnaître une jaunisse. Après l'emploi des moyens antiphlogistiques, la maladie aiguë cessa et se convertit en affection chronique. Plusieurs fois et dans le cours d'une période de deux années, le général rendit plusieurs pierres biliaires après l'usage des eaux de Plombières et de Niederbronn. A son retour de ces dernières, la santé paraissait s'être affermie; se croyant guéri, il se livra à un genre de vie fait pour ramener les accidens : mêts succulens, vins généreux, séjour prolongé au lit, conséquemment manque d'exercice, exposition à l'air froid, suffirent pour lui donner un catarrhe pulmonaire, des battemens de cœur, des ophthalmies, des vertiges, des douleurs atroces dans le rachis, qui s'accompagnaient de mouvemens violens, convulsifs, involontaires et irréguliers dans tous les membres; ces mouvemens allèrent en augmentant de force et de durée de telle sorte qu'au moment de la mort le malade en était tourmenté sans relâche depuis 96 heures. C'est alors que les médecins susnommés considérèrent que la goutte jouait un rôle dans la production de ces accidens; ils employèrent différens moyens sans succès. Ce serait inutile de donner un détail minutieux de tous les symptômes auxquels le malade a été en proie; on se bornera à dire qu'il fut plongé dans la mélancolie, qui dégénéra en monomanie qui portait au suicide. Après avoir eu divers accidens qui tenaient aux lésions de la moelle, du cœur, du foie, il se débarrassa de la vie en se faisant sauter le crâne, le 29 mai 1833.

(Je dois les détails qui précèdent à l'obligeante bienveillance de M. le docteur Serrières, c'est à lui aussi que je dus d'être chargé de l'autopsie cadavérique avec l'assistance de M. Winter).

Nécroscopie. Habitude extérieure. — Cadavre d'une taille élevée, fortement constitué.

Tête. Il ne reste que la mâchoire inférieure et la lan-

gne : cette dernière est noire et brûlée comme les organes qui ont subi l'explosion de la poudre à canon ; la voûte palatine, la base du crâne ainsi que le cerveau en totalité ont été séparés violemment et ont entraîné les os de la partie supérieure de la tête ; il ne reste qu'une portion des temporaux et de l'occipital, ce dernier os est fracturé d'avant en arrière à gauche dans la portion qui s'unit au temporal, de sorte qu'il y a deux fragmens osseux qui retombent sur la partie postérieure du col. On aperçoit le cervelet en place, mais déchiré et en partie séparé de la moelle alongée ; il paraît sain.

Rachis. La colonne vertébrale ouverte dans toute sa longueur présente la dure-mère d'une couleur naturelle ; on aperçoit à travers elle des plaques de forme variée dont il sera parlé plus bas. Cette membrane incisée est épaissie dans la région cervicale. L'arachnoïde est fortement injectée dans toute son étendue, elle offre à sa partie postérieure dans les deux lames, à commencer de la région dorsale jusqu'aux lombes, des plaques nombreuses, de couleur nacrée, de forme lenticulaire, de grandeur diverse et d'une consistance cartilagineuse ; épanchement gazeux peu considérable entre l'arachnoïde et la pie-mère de la moelle. Moelle épinière blanche, paraissant diminuée de volume, d'une consistance très-ferme, présentant entre les doigts la dureté d'une lanière de cuir épais ; incisée longitudinalement et transversalement, on ne la trouve pas injectée.

Thorax. Poumons dans la plus parfaite intégrité. Épanchement peu considérable de sérosité citrine dans le péricarde. Cœur plus volumineux que dans l'état de santé ; ventricule gauche d'une épaisseur au moins triple de l'état normal, ventricule droit et oreillette sains.

Abdomen. Épiploons surchargés de graisse. Estomac et canal intestinal sains à l'extérieur et à l'intérieur. Foie volumineux, d'un fauve-grisâtre, granuleux, dur ; vésicule du fiel très-épaissie, extrêmement rétractée, contenant à peine une cuillerée à café d'un liquide limpide et incolore, remplie en outre d'une infinité de petits calculs granuleux, d'un vert noirâtre. Tous les autres organes sont dans l'état normal.

Dans cette observation, chacun des principaux symptômes a trouvé, pour ainsi dire, son application dans un phénomène anatomo-pathologique particulier. Ainsi l'atrophie de la moelle et le cortège d'altérations qui l'accompagnait expliquent les mouvemens convulsifs des membres ; la grande épaisseur du ventricule gauche et l'influence nerveuse pervertie, qui pouvait s'exercer sur le cœur, rendent compte des palpitations. Cette même influence nerveuse et la maladie du foie, les calculs biliaires que nous avons trouvés et ceux que le malade rendit à plusieurs époques, étaient signalés pendant la vie par l'ensemble symptômatique qu'on nomme mélancolie. Les plaques cartilagineuses ont-elles eu une grande influence sur la production des mouvemens nerveux ? Cela paraît assez douteux lorsqu'on voit coïncider leur existence avec des phénomènes tout à fait opposés, et que quelquefois elles ne sont accompagnées d'aucune lésion de fonctions. Je viens de dire que ces plaques pouvaient exister avec des phénomènes opposés à ceux que nous avons décrits dans cette observation ; le fait suivant, quoique bien incomplet, me semble le prouver.

Obs. V^e^. — *Incontinence d'urine depuis l'âge de 9 ans ; pneumonie. Mort. Plaques cartilagineuses dans les membranes spinales.* — Vincent (Joseph), âgé de 79 ans, journalier, entra à l'hôpital le 19 février 1834. Cet homme paraît avoir eu une constitution robuste, il a passé sa vie à cultiver la terre. Envoyé par un fondateur, il ne paraissait qu'infirme, et attira peu l'attention ; en effet, toutes les fonctions s'exécutent bien, excepté que depuis l'âge de 9 ans, cet individu est affecté d'une incontinence d'urine qui le force à comprimer mécaniquement l'urètre ; cet homme a un bon appétit, digère bien et dort bien. Dans les premiers jours de mars, il présenta les symptômes d'une pneumonie qui fit de rapides progrès et il succomba le 7 du même mois.

Nécropsie. Le cadavre fut transporté à l'amphithéâtre d'anatomie ; ce fut là que j'eus occasion d'examiner les organes, quoique bien imparfaitement. Les deux poumons présentaient l'hépatisation rouge dans presque toute leur étendue, ils étaient plus pesans que l'eau ; la vessie et l'urètre étaient sains.

En procédant à la section verticale du canal vertébral pour montrer l'appareil ligamenteux de l'épine, je remarquai entre l'arachnoïde et la dure-mère de la partie antérieure du canal, de nombreuses plaques cartilagineuses de volume très-variable ; elles s'étendaient environ depuis la première vertèbre dorsale jusqu'à la douzième, et paraissaient couvrir presqu'entièrement l'arachnoïde tant elles se trouvaient rapprochées ; la partie postérieure de cette membrane n'en présentait aucune. Le trait de scie ayant dû désorganiser entièrement la substance médullaire, on ne put faire aucune autre recherche.

Cette observation, toute incomplète qu'elle est, concourt à prouver que le développement des plaques cartilagineuses dans les membranes qui entourent la moelle ne produit aucun symptôme qui lui soit particulier. Du reste, dans les deux cas que nous avons rapportés, il faut remarquer que les sujets étaient des vieillards.

Obs. IVe. — *Paralysie des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum. Mort. Tubercule à la partie inférieure de la moelle.* — Berton (Jean), manœuvre, âgé de 38 ans, d'une forte constitution, entra à l'hôpital le 21 mai 1829. Cet homme, qui se croyait affecté de rhumatismes dus à sa profession, qui l'obligeait à se soumettre aux intempéries des saisons, présenta lors de son entrée une paralysie du mouvement des extrémités inférieures avec difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe. Peu de jours après les urines cessèrent de couler, et la constipation devint opiniâtre : on eut recours au cathétérisme et aux lavemens irritans, l'urine sortait avec un sédiment blanchâtre très-épais, et des mucosités très-abondantes. Cet état de choses dura huit jours, au bout desquels il survint de l'incontinence d'urine et défécation involontaire ; des escarres se formèrent au sacrum et sur les trochanters ; cette situation se termina par la mort le 20 juin.

Autopsie du cadavre. — On trouva la vessie très-épaissie et très-rouge à sa face interne. Deux pouces environ avant la terminaison de la moelle épinière dans l'épaisseur même de sa substance, on rencontra un tubercule du volume et de la forme d'un haricot. La substance médullaire qui l'environnait était dans l'état normal, mais le prolongement rachidien offrait dans sa longueur plusieurs alternatives d'induration et de ramollissement. Quant au tubercule, il était sans kyste, formé de matière d'un blanc-jaunâtre, distinct de la couleur de la moelle ; il paraissait à l'état cru et offrait plus de résistance à la section que la substance médullaire ; il était placé de manière que son grand axe était horizontal. Les membranes spinales étaient saines.

Cette observation, dans laquelle il est à regretter que l'état de toute la longueur de la moelle épinière n'ait pas été noté avec précision, nous paraît intéressante, sous le rapport du développement d'un tubercule à la partie inférieure de cet organe. Du reste, la présence de ce corps explique fort bien les symptômes qu'on a observés chez ce malade, et dont nous ferons remarquer la succession et l'extrême rapidité, puisque la maladie a à peine duré deux mois.

Obs. V^e. — *Purpura hæmorrhagica. Epistaxis et melæna pendant plusieurs jours, large ecchymose au dos. Mort. Ecchymoses ou suffusions sanguines sous toutes les séreuses, dans l'estomac et le gros intestin.* — Contal (François) domestique, âgé de 19 ans, d'une taille ordinaire, d'une constitution robuste, est entré à l'hôpital le 30 avril 1835 ; il est dans l'état suivant : faiblesse extrême, couleur exsangue de la peau, quelques ecchymoses peu considérables aux doigts des mains et aux jambes ; au dos il y en a une énorme d'un pied carré environ ; nous avons appris qu'elle a été produite par l'application d'un sinapisme, elle est d'un rouge foncé. Pouls à peine sensible, sans accélération, soif vive. Les narines sont tamponnées pour s'opposer à une épistaxis qui dure depuis deux jours sans relâche : c'est de cette époque aussi que date la maladie. Urine naturelle ; le malade rend par les selles une matière assez fétide, liquide et couleur de suie, qui paraît être du sang altéré. (Potages, limonade sulfurique, potion avec décoction de quinquina ℥ iij, eau de Rabel demi-gros sirop d'orange ℥j. Deux demi-lavemens avec une forte décoction de ratanhia). L'état du malade resta à peu près le même ; l'épistaxis et les déjections noires persistèrent ; il eut un léger délire, par intervalles, quelques jours avant la mort. Le 4 mai il survint une rétention d'urine, le cathétérisme fit sortir de l'urine limpide. Le traitement reste le même jusqu'à la mort, qui eut lieu le 5 mai, à l'exception qu'on ajouta du quinquina à la décoction de ratanhia pour lavemens.

Nécropsie le 6. — *Habitude extérieure.* — Corps bien conformé, pâleur des tégumens, quelques ecchymoses aux doigts des mains et aux jambes. Ecchymose énorme à la partie postérieure du thorax ; elle s'étend environ depuis la 7e vertèbre cervicale jusqu'à la 1re lombaire, et transversalement depuis le bord externe d'une omoplate jusqu'au même point de l'autre côté. Cette ecchymose intéressait toute l'épaisseur du derme et le tissu cellulaire sous-cutané.

Crâne. — Ecchymoses très-multipliées, circulaires et de 2 à 3 lignes de diamètre, sous toute l'arachnoïde cérébrale entre cette membrane et la pie-mère. Cerveau de consistance normale, un peu de sérosité dans les ventricules latéraux.

Thorax. — Taches nombreuses, très-rapprochées et de la même étendue que celles du crâne, sous la plèvre costale et sous la plèvre pulmonaire, poumons sains. Ecchymoses rapprochées entre le péricarde et la surface du cœur, et dans l'intérieur de ce dernier organe sous sa membrane interne.

Canal alimentaire. — Gencives saines, langue recouverte d'un enduit noir et épais. Estomac distendu par une substance d'un brun foncé, qui présente l'aspect de sang épanché depuis quelque temps ; la surface interne de l'organe présente un grand nombre de taches d'un rouge ponceau, fort rapprochées et fort irrégulières, la membrane muqueuse imbibée de sang ; ces taches ne disparaissent pas par le lavage, la membrane qui les sépare est d'un blanc mat, qui tranche avec la couleur des taches, et donne à l'organe un aspect assez analogue, sauf la couleur, à la peau du tigre. Le duodénum, l'intestin grêle présentent peu de ces taches, et contiennent des matières bilieuses de couleur foncée ; mais le gros intestin est distendu par du sang noir, coagulé et altéré, qui constituait les matières rendues par les selles ; dans cette portion du tube, les ecchymoses sont nombreuses, plus rapprochées et d'une plus grande étendue que celles de l'estomac. Le tissu cellulaire sous-péritonéal, tant du côté des muscles que du côté des intestins, contient aussi beaucoup de taches semblables à celles qu'on a remarquées sous les autres séreuses. La vessie contient de l'urine limpide.

Cette observation n'a de remarquable que le nombre extrême des ecchymoses, surtout dans l'intérieur du canal alimentaire, où leurs dimensions variaient beaucoup et étaient généralement plus grandes que celles qui se trouvaient sous les séreuses. Ces dernières taches étaient bien évidemment dans le tissu cellulaire sous-séreux, car à plusieurs reprises nous avons disséqué avec soin la membrane qui conservait son aspect naturel, et la tache restait dans le tissu cellulaire. La cause de cette affection est ignorée, car le malade assurait avoir toujours joui d'une bonne santé, et ne s'être jamais exposé à l'action des modificateurs de l'économie que l'on regarde comme déterminant ces sortes de maladies.

Obs. VIII. — *Tumeur volumineuse dans l'abdomen, mort presque subite. Tubercules encéphaloïdes à différens degrés, développés dans le foie ; séparation de l'un d'eux ; hémorrhagie dans l'intérieur du péritoine.* — Bacchus (Michel) tailleur, âgé de 30 ans, est entré à l'hôpital le 30 avril 1835, pour une affection qu'on reconnut facilement être une maladie du foie. Il éprouvait depuis longtemps, et particulièrement dans le côté droit de l'abdomen des douleurs de nature très-diverse, qui se calmaient quelquefois spontanément dans le commencement de son séjour à l'hôpital, mais on fut bientôt

obligé de recourir aux préparations opiacées, qu'on augmenta graduellement. Le malade ne put donner aucun détail sur l'invasion de son mal ni sur sa durée. Dans la nuit du 25 au 26 mai, cet homme, qui depuis quelques jours était tourmenté par la diarrhée, se releva seul pour aller à la garde robe; il fit sans aucun résultat quelques efforts pour évacuer; il se remit au lit et se sentit défaillir, depuis ce moment jusqu'à son décès qui eut lieu environ une heure après.

Nécropsie le 27 mai. — Habitude extérieure. — Emaciation considérable, légère coloration jaune de la peau. Abdomen tendu, donnant un son mat à la percussion dans presque toute son étendue (on n'a pas cherché à distinguer par ce moyen l'espace occupé par le foie dans le ventre); le son mat remonte du côté droit de la poitrine jusques sous le mamelon. A la pression on sent une tumeur dure, rénitente, assez égale, qui descend environ deux pouces au-dessous de l'ombilic, occupant tout le flanc droit; et s'étendant en remontant sous l'hypocondre gauche. Cette tumeur paraît être surmontée d'une autre, molle, de forme hémisphérique, faisant une saille sans changement de couleur à la peau: cette seconde tumeur est située un peu à droite de la ligne médiane, et s'étend des cartilages des dernières côtes et de l'appendice xiphoïde jusqu'auprès de l'ombilic.

Lorsque l'instrument pénétra dans l'abdomen, il s'écoula avec impétuosité une grande quantité d'un liquide abondant et rouge: sa quantité peut être évaluée de trois à quatre pintes. La cavité étant ouverte entièrement, on vit que toute la capacité abdominale avait, pour ainsi dire, été envahie par le foie qui occupait les deux hypocondres, les régions épigastrique, ombilicale et hypogastrique, jusque vers la symphyse des pubis et la région iliaque droite. Les intestins étaient fortement déjetés à gauche sous le foie, et dans le bassin. La seconde tumeur dont il a été fait mention était formée par du tissu encéphaloïde ramolli, et le foie contenait un grand nombre d'autres tumeurs de même nature, de volume variable, depuis celui des deux poings réunis jusqu'à celui d'une petite noix. Les unes étaient situées à la surface de l'organe, d'autres tout-à-fait ensevelies dans sa substance. Deux contenaient des épanchemens sanguins assez récens, deux autres étaient pour ainsi dire, à l'état cru, toutes les autres étaient à un degré très-avancé de ramollissement. Le tissu hépatique ne paraissait pas altéré, mais seulement comprimé. La vésicule était saine, et contenait de la bile sans aucun calcul. Le foie remontait beaucoup plus haut dans le thorax que la percussion ne l'indiquait. L'examen des parties fit voir qu'il allait jusqu'à deux pouces au-dessus du point correspondant au mamelon; mais le poumon, qui était sain mais comprimé et adhérent au diaphragme, se trouvait interposé entre le foie et les parois thoraciques, et descendait jusqu'au point où le son mat avait cessé.

Une des plus petites masses carcinomateuses, du volume d'une petite noix, située environ à la partie moyenne, entre l'ombilic et le milieu du bord supérieur de l'os coxal droit, paraissait détachée du tissu du foie dans environ la moitié de la surface par laquelle elle y était adhérente, et un caillot large d'un pouce, très-aplati et consistant, partait de cette espèce de déchirure, contournait la portion droite du foie, et s'étendait jusques dans le flanc droit où se trouvait encore du liquide rouge dont nous avons parlé. Le poids du foie séparé du reste de l'organe a été évalué à vingt livres au moins.

Le gros intestin présentait quelques traces de phlogose.

Il est évident que la mort presque subite du malade a été occasionnée par l'hémorrhagie qui a dû se manifester lors du détachement du petit noyau dont nous avons parlé; probablement le vaisseau qui s'est rompu aurait versé une petite quantité de sang dans l'intérieur de la tumeur, comme cela était arrivé dans deux autres masses, et que tout cela se serait borné là si la masse cancéreuse n'avait été, pour ainsi dire, arrachée par les mouvemens du malade et les efforts de défécation. Dans une autre hypothèse, on pourrait supposer que le besoin de rendre des excrémens a été provoqué par un commencement de syncope due à l'hémorrhagie qui s'était déjà établie; mais la diarrhée préexistante, mais l'état du malade qui était assez fort pour descendre seul du lit, et dont le malaise ne commença qu'après les efforts qu'il fit; toutes ces circonstances prouvent que la première explication est préférable. Cette sorte d'hémorrhagie est très-rare, du moins quant aux résultats; et si les cancers du foie sont assez fréquens, ce n'est pas par hémorrhagie qu'ils causent la mort; et ici cela paraît évident; le caillot qui, du foie s'étendait dans le flanc, a permis de surprendre, pour ainsi dire, la nature sur le fait.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE

HOMŒOPATHIQUE.

JANVIER 1835.

Quelques remarques sur plusieurs moyens éprouvés de la pharmacopée homœopathique; par le docteur STARKE.

Acide hydrocyanique.— L'acide hydrocyanique prescrit par les pharmacopées légales étant presque toujours d'une force uniforme, on devrait, pour les usages de l'homœopathie, le préférer à toutes les autres préparations de ce médicament. Il serait nécessaire en effet, d'avoir égard aux plaintes qui se sont si fréquemment élevées jusqu'ici au sujet de l'incertitude et de la diversité des effets de cette substance et d'autres moyens qui en renferment, tels que l'eau distillée de laurier-cerise et celle d'amandes amères, et ce devoir serait d'autant plus impérieusement prescrit à l'homœopathie, qu'elle aussi a à combattre contre la promptitude avec laquelle perdent leur efficacité, non-seulement l'acide prussique, mais encore plusieurs autres médicamens portés à des puissances élevées. Il serait fort à désirer qu'on recherchât la cause de cette circonstance fâcheuse, afin de pouvoir y porter remède, si la chose est praticable.

Jusqu'à présent, la pharmacie allopathique a fort peu attaché d'importance à ces considérations en apparence minutieuses. N'ayant affaire qu'à des substances et des quantités de substances appréciables par les sens, il lui suffisait de préparer les médicamens d'après des formules une fois tracées, et de les dispenser ensuite, sans s'inquiéter de savoir s'ils possédaient plus ou moins d'activité : quand elle n'observait pas de changemens susceptibles d'affecter les sens, que le médicament conservait encore une odeur et une saveur assez fortes, ou qu'examiné par les procédés de la chimie, il semblait être demeuré en grande partie identique, elle le considérait comme de bonne qualité, sans avoir égard aux nombreuses plaintes des médecins, qu'elle passait sous silence, comme une chose fâcheuse à laquelle il n'y avait point de remède, n'essayant même point de les tirer à clair et d'approfondir la question.

Dans l'état actuel de la physique et de la chimie, il n'est plus permis de douter qu'à chaque distillation il ne se passe une opération électro-chimique, dont l'influence sur les médicamens à l'état grossier a pour résultat de les élever en quelque sorte à une puissance supérieure, de sorte que très-probablement tout produit de la distillation possède, immédiatement après l'opération, une action bien supérieure à celle qu'il aura après être demeuré quelque temps exposé à l'air et à la lumière, ou conservé dans des flacons imparfaitement remplis et mal bouchés. La diminution des propriétés médicales, qui résulte de ces influences fâcheuses, n'est pas plus démontrable par la voie chimique, ou autrement, que celle qui survient aux médicamens homœopathiques, de sorte que l'acide prussique, l'acide hydrochlorique, etc., longtemps conservés, peuvent être trouvés bons, à la suite des épreuves de la chimie, quoiqu'ils soient fort inférieurs en efficacité aux mêmes substances préparées depuis peu. Je prie les homœopathes de consacrer quelque attention à cet objet, auquel j'ai été conduit par plusieurs faits pratiques importans.

Dans la préparation de l'acide hydrocyanique on devrait faire exclusivement usage d'alcool tiré du sucre de canne, qu'on aurait dépouillé par une légère évaporation de l'éther acétique qui s'y mêle presque toujours pendant la fabrication, attendu que l'alcool rectifié à la manière ordinaire, avec de la potasse et du charbon, contient ou du causticum, qui passe avec lui à la distillation, ou de l'huile pyrogénée, ou même de la solanine et du cuivre, ce qui est une circonstance très-désavantageuse. Si l'on manquait d'alcool sur la pureté duquel on pût compter, il conviendrait d'employer l'eau de pluie pour les dilutions. Aussitôt après la distillation, on préparerait les globules dont on croirait avoir besoin dans le cours de l'année, et dont on emplirait un petit flacon couvert de papier noir; car il n'est point prudent de conserver l'acide même préparé avec le meilleur alcool, attendu que nous ne sommes point assurés que ses principes constituans n'exercent aucune réaction sur ceux de ce menstrue, quelque soin qu'on prenne pour le conserver.

Ce n'est pas seulement pour les flacons destinés à contenir les globules d'acide hydrocyanique et d'acide hydrochlorique qu'il convient d'employer une couverture de papier noir. Il serait bon de prendre la même précaution pour tous les médicamens en général; car l'action de la lumière sur la partie supérieure des flacons ne nous permet pas d'être certains que certaines substances, métalliques surtout, n'éprouvent aucune décomposition. On pourrait laisser, à la partie postérieure du flacon, un intervalle d'une à deux lignes de large, non recouvert du papier, qui donnerait la facilité de voir combien il reste encore de globules dans le verre.

On se trompe beaucoup quand on croit que l'action de l'acide hydrocyanique pur ressemble à celle de l'eau distillée de laurier-cerise. Cette dernière, comme aussi celles d'amandes amères, outre une petite quantité de

résine, contient encore une huile essentielle particulière, avec laquelle l'acide hydrocyanique se trouve à la vérité combiné d'une manière intime, mais qui produit de tout autres symptômes que cet acide. En effet, l'acide hydrocyanique agit principalement sur l'action sensorielle, tandis que les huiles de laurier-cerise et d'amandes amères agissent plus particulièrement sur le nerf grand sympathique et le système nerveux. Il suffit d'une très-petite goutte de ces dernières, mise sur la langue, pour déterminer un état presque paralytique des muscles, notamment de ceux des extrémités inférieures, ce que ne produit pas une égale quantité d'acide hydrocyanique, prise de la même manière. Somme totale, l'huile essentielle d'amandes amères paraît produire, sur l'action de l'acide hydrocyanique, une exaltation semblable à celle que l'acide hydrochlorique éprouve de la part du sublimé corrosif, ou l'acide nitrique de la part de la pierre infernale. Aussi, serait-il peut-être téméraire de vouloir calculer l'action de ces huiles essentielles d'après la seule quantité d'acide prussique qu'elles contiennent.

Je laisse à d'autres le soin d'apprécier s'il convient de fixer à la millionième dilution, comme le fait la *Pharmacopée homœopathique*, l'atténuation à laquelle on doit employer l'acide hydrocyanique. Cependant l'expérience a démontré que ce moyen est efficace aussi à des dilutions plus élevées, et que, conservé avec soin sous la forme de globules, il se maintient au moins pendant dix mois, ce dont j'ai eu moi-même l'occasion de m'assurer pour la vingt-quatrième dilution.

Arnica montana. — La préparation de la teinture d'arnica avec la racine sèche ne mérite point d'être recommandée; car, en prenant cette racine chez les pharmaciens ou les droguistes, on ne peut jamais savoir quand elle a été recueillie, comment on s'y est pris pour la dessécher, depuis combien de temps elle est conservée, et si l'on a eu soin de la tenir toujours dans un endroit sec.

Le plus sûr est de préparer la teinture avec la racine fraîche, arrachée de terre au printemps, lorsque les premières feuilles commencent à se développer. On la coupe aussi menu que possible, on la pile pendant une demi-heure, pour la bien réduire en pulpe, on la mêle par une trituration d'un quart d'heure au moins avec le tiers d'alcool à 75 degrés, puis, après avoir laissé le tout en repos, pendant deux ou trois jours, dans un flacon bouché, à large ouverture, on l'exprime, et l'on conserve la teinture éclaircie dans un flacon couvert de papier noir, qui doit en être rempli. Cependant, comme la racine contient une quantité considérable d'une substance analogue au tannin, tandis que les fleurs renferment davantage de résine et d'huile éthérée, qui diffèrent un peu de celles de la racine quant à l'odeur et à la saveur, il pourrait être à propos, ou de mêler ensemble les teintures obtenues des fleurs et des racines, ou d'employer chacune d'elles à part, et alors on préparerait la teinture des fleurs de la même manière que celle des racines; car la seule expression du suc ne suffit pas pour que la résine se mêle bien avec lui, et cette substance reste en grande partie dans le marc, ce qui arrive même en triturant les racines et les fleurs fraîches avec de l'alcool, quand on néglige d'avoir recours à la macération.

Les plantes dont on emploie les fleurs et les racines pour la préparation des médicamens, doivent avoir été cueillies sur une montagne peu élevée, exposée à l'air et au soleil, et tournée autant que possible vers le midi. Il est à désirer aussi que le temps n'ait point été humide et froid peu de temps avant la récolte, parce qu'alors l'huile essentielle, la résine et le principe astringent ne se développent pas bien, et ne se séparent qu'incomplétement de l'albumine. Le moment le plus favorable pour la récolte des fleurs et des racines est celui qui a été précédé de quelques jours de chaleurs, pourvu cependant qu'il ait plu un peu la veille, parce qu'alors la décomposition de l'eau et la mise en liberté de l'hydrogène semblent favoriser la formation des principes actifs, notamment de l'huile essentielle.

Si la saison a été longtemps humide et froide avant la récolte, il est nécessaire, avant de hacher les racines et les fleurs, de les laisser se faner pendant dix ou douze heures, à une température un peu élevée, ce qui semble contribuer à rendre plus insoluble l'albumine en excès qu'elles contiennent.

Il est impossible de s'expliquer pourquoi la quatrième et la cinquième édition de la *Pharmacopée homœopathique* ne prescrivent que la sixième dilution de la teinture d'arnica, puisque Hahnemann recommande déjà la trentième dans sa *Matière médicale*. L'emploi de cette haute dilution pourrait paraître d'autant plus convenable que nous devons certainement faire une différence entre des végétaux frais et pleins de vie et des substances sèches, qui ont besoin d'être ranimées par l'influence électro-magnétique d'une longue trituration et de la succussion, pour prévenir de fortes aggravations homœopathiques. En effet, dans les substances sèches conservées depuis longtemps, la puissance médicamenteuse éprouve un état de mort apparente comparable à celui de la faculté germinatrice des graines, et nous ne pouvons jamais savoir quelle est l'ancienneté d'un médicament sec lorsque nous ne l'avons pas recueilli nous-mêmes. Pour l'usage extérieur même, il est prudent, dans les fortes contusions avec lésion de l'épiderme et solution considérable de continuité, surtout quand la température est élevée et l'air chargé d'électricité, de n'employer la teinture primitive qu'à très-faible dose, ou mieux d'étendre quelques gouttes d'une dilution inférieure dans une livre d'eau; car, sous l'influence de ces conditions extérieures, l'électricité atmosphérique détermine très-probablement un surcroît de dynamisation, et alors il serait inévitable que le médicament déterminât une aggravation homœopathique considérable chez les personnes très-excitables. J'ai eu naguère occasion de m'en convaincre chez un sujet qui avait éprouvé une lésion grave: dix à douze gouttes de teinture première d'arnica dans une livre d'eau de fontaine fraîche, employées en fomentations sur la plaie, par un temps semblable à celui dont

je viens de parler, et deux globules de la sixième dilution, produisirent, au bout de quelques heures, de violentes douleurs dans le côté gauche du corps et dans le genou gauche, qui ne firent que s'accroître sous l'influence des fomentations continuées, de sorte qu'il fallut interrompre ces dernières, et non-seulement faire respirer du camphre au malade, mais encore lui donner quelques gouttes d'esprit de camphre dans un lavement de gruau d'avoine. A la suite de ces moyens, les accidens cessèrent, et l'on put employer avec un grand succès des fomentations préparées avec six gouttes de la sixième dilution d'arnica. Un événement semblable eut lieu aussi chez un jeune homme qui avait reçu une forte contusion à la cuisse droite. Comme l'épiderme était peu entamé, je lui fis également faire des fomentations avec dix gouttes de teinture primitive étendues dans une livre d'eau de fontaine fraîche, et je lui donnai deux globules de la douzième dilution d'arnica; au bout de quelques heures, les douleurs étaient si vives, non-seulement dans la cuisse malade, mais encore dans le bas-ventre, qu'il fallut de même interrompre les fomentations, et les remplacer par d'autres avec lesquelles avaient été mêlée quelques gouttes d'esprit de camphre, ce qui fut également suivi de succès, sans qu'il survînt d'autres accidens.

Je n'ose décider si l'eau de source fraîche, encore imprégnée de son esprit vital, ou l'augmentation de l'électricité atmosphérique, est la cause de l'exaltation du développement de l'activité médicamenteuse; cependant il me semble qu'on pourrait avoir égard à ces deux influences dynamiques, et qu'en présence de la seconde, il serait bon d'avoir recours aux dilutions élevées, ou, quand on emploie la teinture primitive, d'avoir le soin de la mêler avec de l'eau qui ait été bouillie.

J'ai naguère eu l'occasion de constater l'excellence de l'action qu'exercent l'arnica et la belladone préparées et employées d'une manière convenable. Ce fut chez un sujet de vingt-six ans, à qui j'extirpai une parotide du poids de vingt-huit onces : l'hémorrhagie fut peu considérable, et je n'eus besoin de recourir à aucune ligature, la torsion des artères ayant suffi pour arrêter le sang. Les dilutions d'arnica, préparées avec la plante fraîche, furent employées avec succès chez ce malade, ainsi que deux globules de la quarante-cinquième dilution de belladone. Cette dernière modéra tellement l'inflammation de la vaste plaie, qu'il n'y eut de suppuration que sur les bords, et à une petite distance, et que le reste se réunit par première intention, de sorte que l'opéré se trouva complétement guéri au bout de trois semaines. Pendant l'opération, le malade ne prit ni teinture d'opium à fortes doses, ni vin en grande quantité, comme c'était autrefois l'usage : je lui donnai seulement de l'eau fraîche pour se remettre, et je lui fis respirer de l'éther nitrique. Les choses se passèrent si bien, que l'opération et le pansement furent terminés dans l'espace de deux heures et un quart.

Quels avantages l'homœopathie n'a-t-elle pas, même sous le rapport chirurgical, sur les anciennes coutumes, qui voulaient qu'on administrât aux opérés des anodins et des cordiaux à hautes doses, dont l'influence donnait lieu à la manifestation d'une forte fièvre traumatique. C'est ici le cas de dire avec Boerhaave, *simplex sigillum veri.*

J'ai souvent eu aussi l'occasion de remarquer que les dilutions inférieures et moyennes des médicamens homœopathiques donnaient lieu à de fortes aggravations par un temps très-sec, soit chaud, soit froid, surtout quand le vent soufflait avec violence du nord-est, tandis que, par un temps humide et froid, et dans une saison depuis longtemps humide, les malades les supportaient fort bien. En parail cas, les hautes dilutions ne font souvent rien, surtout dans les maladies aiguës. Il serait utile qu'on multipliât les observations à cet égard, afin de pouvoir procéder d'une manière plus sûre dans la pratique.

Belladone. — Ce qui a été dit de l'arnica, sous le rapport des localités et de la saison au moment de la récolte, pourrait bien aussi s'appliquer en grande partie à cette plante.

Pendant l'été de 1834, qui se fit remarquer par un temps très-variable, par des alternatives de chaleur énorme, de chaleur extraordinaire et de froid humide, sans beaucoup de pluie, j'ai fait un grand nombre d'expériences sur la préparation de la teinture primitive de belladone, et j'ai trouvé que celle qui provenait des feuilles et des fleurs recueillies au commencement de la floraison, sur des pieds pris sur une montagne ombragée et boisée vers le nord-ouest, et dont la récolte avait été précédée, pendant huit à dix jours, d'un temps froid et humide, j'ai trouvé, dis-je, qu'elle n'avait qu'une teinte de jaune-verdâtre pâle, et offrait très-peu l'odeur et la saveur de la belladone. Au moment du mélange du suc vert foncé avec l'alcool, il se formait un coagulum, dû probablement à un excès d'albumine avec laquelle le principe narcotique était intimement combiné; et la quantité de teinture que j'obtins ne s'élevait guère qu'au cinquième du tout. Je pris ensuite deux onces de fleurs et de feuilles des mêmes plantes, je les réduisis exactement en pulpe par le broiement continué pendant une demi-heure, puis je continuai à broyer un quart d'heure encore, en ajoutant peu à peu une demi-once d'alcool à 90 degrés, j'exprimai ensuite, et j'obtins une teinture de couleur un peu plus foncée, avec un goût et une odeur un peu plus forte; le marc, traité de même par l'alcool, donna encore une teinture presque aussi forte, mais plus verte, et tenant vraisemblablement un peu de chlorophylle en dissolution.

Je pris ensuite deux onces des mêmes feuilles et fleurs, je les laissai se faner à un fort courant d'air et à une température un peu élevée, puis je les hachai menu, je les broyai pendant une demi-heure, j'y ajoutai cinq gros d'alcool à 75 degrés, en continuant à broyer avec force pendant un quart d'heure, et l'expression me procura une teinture d'un gris-vert, ayant une assez forte odeur et saveur. La teinture fournie avant l'expression, par les feuilles fraîches broyées avec l'alcool, ne donna qu'un faible sédiment, à peine cependant de

moitié aussi considérable que celui qui résulta des feuilles fanées. Il paraît que la longue trituration des feuilles avec l'alcool, et leur flétrissure, opèrent l'oxidation de l'albumine, et contribuent à la séparer de la matière extractive de la belladone, seul principe actif de cette dernière, qui par là se trouve plus libre et plus développé. Ce procédé pourrait donc convenir dans les temps de froid humide presque continuel, où la nature semble ne pas pouvoir opérer convenablement la séparation de ces deux matériaux de la plante.

Dans une autre excursion, je fus assez heureux pour rencontrer une montagne tournée vers le sud, qui avait été couverte de pins et de divers arbustes, après la coupe desquels il s'y était développé un nombre considérable de pieds de belladone, alors en pleines fleurs.

Je recueillis celles de ces plantes qui croissaient au sommet de la montagne, sous l'influence d'un soleil ardent et de fréquens courans d'air très-vifs, et j'en préparai des teintures; celles-ci avaient toutes une couleur un peu plus foncée que les précédentes, mais non cependant une odeur parfaitement naturelle; car vraisemblablement les plantes avaient manqué de l'humidité nécessaire, ce qui avait causé une altération morbide de leurs sucs. Il résulterait de là que, si l'on voulait élever la belladone dans un jardin, pour les usages de la médecine, on devrait imiter autant que possible la nature, et ne point assigner à cette plante un terrain trop sec, sur lequel portât immédiatement avec force l'action des rayons solaires. Il y aurait avantage en même temps à l'abriter des vents du nord-est, comme l'opère également la nature, qui la fait croître d'ordinaire parmi des arbustes et sur un sol non entièrement dénudé.

Au pied de la montagne dont je viens de parler, qui se trouvait couvert de quelques graminées, et un peu abrité des vents du nord-ouest, aussi nuisibles ici que ceux du nord-est, en raison de la situation de la montagne, je trouvai également un grand nombre de pieds de belladone, parmi lesquels plusieurs pouvaient bien être âgés de deux à trois ans : leur partie supérieure avait probablement été brisée pendant la première année, d'où était résultée une sorte de couronne, composée de cinq branches, qui furent destinées aux blessures que je fis à trois de ces pieds, en arrachant toutes les feuilles inférieures jusqu'à la couronne. Sur trois autres pieds, au contraire, j'enlevai quatre branches de la couronne, en même temps que je fis quelques légères incisions à la partie supérieure de la tige principale. Je laissai toutes les plantes exposées pendant quatre jours à l'action du soleil, après quoi j'en préparai les teintures, ainsi que de celles qui étaient demeurées intactes. Les teintures provenant de ces dernières avaient bien une couleur assez forcée et une odeur complétement naturelle; mais l'odeur des autres était plus forte, surtout celle des teintures provenant des pieds qui avaient perdu quatre branches de leur couronne. Quant à la teinture obtenue en broyant la couronne non lésée et les deux feuilles supérieures de la tige principale avec de l'alcool, et exprimant la pulpe sur-le-champ, elle était préférable à toutes les autres sous le rapport de la couleur, de l'odeur et de la saveur. Ainsi la longue trituration des végétaux paraît développer davantage leurs principes actifs, et l'addition de l'alcool rendre la séparation de l'albumine plus facile que la chose n'a lieu par la méthode ordinaire. Cependant il ne semble pas nécessaire de faire beaucoup faner les feuilles de la belladone avant de les employer, parce que le peu de fécule verte qui devient par là soluble, ne contient qu'une faible quantité des principes actifs de cette plante, ce qui est le contraire pour l'aconit.

J'ai fréquemment employé la quarante-cinquième et la soixantième dilution de la belladone, et j'ai trouvé qu'elles rendaient surtout d'excellens services dans les inflammations dites asthéniques.

Bryone. — Il convient aussi, quand on prépare la teinture primitive de la bryone, de la broyer pendant longtemps, puis de la bien mêler avec de l'alcool à 90 degrés, et de l'exprimer. La teinture ainsi préparée a une odeur et une saveur beaucoup plus fortes que celle qu'on se procure par la manière ordinaire, en exprimant le suc et le mêlant ensuite avec de l'alcool.

Cantharides. — Partout où l'on peut se procurer des cantharides vivantes, il faut les préférer à celles qu'on trouve chez les apothicaires, ceux-ci employant, pour les préserver des larves d'insectes, du camphre, de l'huile de térébenthine, etc., et pour les mettre à mort, la vapeur du vinaigre, substances qui toutes peuvent rendre l'action de cette important médicament fort incertaine.

Il serait à désirer qu'après avoir enlevé les élytres des cantharides vivantes, on les broyât pendant une demi-heure, qu'on y ajoutât ensuite six fois leur poids d'alcool, autant que possible à 90 et quelques degrés, et qu'après huit jours de macération on se contentât de décanter la teinture. On emploierait aussitôt de l'eau de pluie fraîche pour porter cette dernière à la 30e, à la 48e et à la 60e dilution, et l'on préparerait des globules pour un an. De cette manière on obtiendrait un médicament toujours uniforme.

Capsicum. — Ce que j'ai dit de l'arnica, relativement au peu de développement de ses vertus dans les dilutions inférieures, pourrait bien aussi s'appliquer au capsicum, car il ne saurait y avoir de raison pour qu'une substance si âcre ne se développât point mieux à la 30e, à la 45e et à la 60e dilution, qu'à la 9e, d'autant plus que cette résine est très-peu volatile. Nous aurions vraisemblablement alors moins à nous inquiéter d'un antidote, puisque les hautes dilutions provoqueraient bien plus rarement des aggravations homœopathiques que ne le font les bases.

L'expérience a suffisamment enseigné aussi que la prolongation des dilutions ne rend point les médicamens inertes, mais qu'elle ne fait que les développer de plus en plus, ce qui fait que leurs vertus médicinales agissent d'une manière d'autant plus salutaire que l'irritabilité de l'organisme se trouve exaltée par la durée de la maladie. Le mode de préparation précédemment indiqué pourrait être préférable à la simple macération.

Pour le capsicum, on prendrait les capsules à moitié sèches, et l'on emploierait dix fois leur poids d'alcool parfaitement rectifié.

Chelidonium majus. — Le suc exprimé de la racine se décompose très-facilement, lorsque, après l'avoir mêlé avec parties égales d'alcool, on le tient dans un flacon qui n'en soit pas rempli. Il se trouble même de nouveau pendant la filtration, et forme alors un sédiment, qui est gris-verdâtre en mars, brun-verdâtre en avril, quand les feuilles ont déjà commencé à paraître, et qui possède une saveur fort amère.

Même alors qu'on a tiré le suc à clair, et qu'on l'a conservé à l'abri de la lumière, dans un vase qu'il remplit en grande partie, sa partie supérieure prend une teinte plus foncée; on ne le conserverait en toute sûreté que dans un flacon bien rempli. Le suc des plantes en fleurs, mêlé avec parties égales d'alcool, se conserve mieux; il a une saveur moins amère, mais plus âcre, et une odeur très-désagréable. Ainsi le principe des racines semble se convertir en un principe âcre, par les progrès de la végétation, en sorte que les deux médicamens devraient différer beaucoup l'un de l'autre sous le rapport de leurs effets.

Il se pourrait que le suc des tiges fût presque toujours de même force. Ce suc n'est pas vert, comme le portent les 4e et 5e éditions de la Pharmacopée homœopathique, mais de couleur jaune. On ne l'obtient jamais plus forte qu'en cassant dans le milieu la tige principale d'une plante complétement exposée au soleil et à l'air, la coupant de nouveau, un pouce plus bas, au bout de vingt-quatre heures, puis recueillant une goutte du suc avec une large plume à écrire, la mêlant avec 99 gouttes d'alcool rectifié, dans lequel elle se dissout fort bien, imprimant dix secousses au mélange, et procédant aux dilutions ultérieures avec de l'eau de pluie, jusqu'à la 15e, la 24e et la 30e. Le même procédé serait applicable aussi au taraxacum.

C'est à l'expérience à prononcer s'il serait avantageux de réunir les deux sucs obtenus de la racine et de la tige.

Ferrum metallicum. — Dans la seconde partie de son Traité des maladies chroniques, Hahnemann a proposé de frotter les métaux non réduits en feuilles sur une pierre à aiguiser, dans l'eau, et il place le fer au nombre de ceux qui doivent être traités ainsi. C'est par inadvertance seulement qu'il a pu donner ce conseil pour le fer; car il est évident que des instrumens en fer ne pourraient altérer en rien le fer réduit en petites parcelles, et qu'on n'a par conséquent pas besoin de recourir à la pierre à aiguiser.

J'ai eu l'occasion de me convaincre à quel point le sucre de lait possède le pouvoir de réduire en poudre extrêmement fine des métaux, même durs et tenaces. Dix grains de limaille très-fine de fer furent broyés pendant une heure avec 90 grains de sucre de lait; je projetai ensuite le tout dans de l'eau, qui ne laissa déposer, dans l'espace d'une minute, qu'un grain et un quart de limaille non encore suffisamment atténuée : le reste demeura en suspension dans le liquide.

Du reste il pourrait être convenable de ne préparer d'avance aucune dilution liquide de toutes les substances métalliques et terreuses, parce qu'à une chaleur de 20 degrés et au-dessus, il se sépare au bout de quelque temps un précipité rouge-brun, qui ne peut pas provenir des bouchons de liége, en sorte qu'on n'est point certain du degré de puissance auquel se trouve le médicament. Je crois même que les orages éclatés dans le voisinage peuvent contribuer un peu à cet effet, lorsque la température a pendant longtemps été élevée auparavant. Peut-être, pour le prévenir, conviendrait-il de substituer aux bouchons de liége des bouchons de verre pour les flacons de hautes dilutions, attendu que les premiers sont plus conducteurs de l'électricité et qu'ils contribuent davantage à altérer la pureté des liquides, comme aussi à déterminer l'acidification de l'alcool.

Quelques considérations sur l'axiome homœopathique, suivies de plusieurs observations de nevralgie sciatique; par le Dr Gachassin.

La valeur absolue du principe *similia similibus curantur* qui sert de base à l'homœopathie, ne peut rester l'objet d'un doute que pour les médecins qui ne l'ont pas pris pour guide dans leur pratique, ou qui ne tiennent pas compte de ce qui reste à faire encore sur la pathogénésie des médicamens déjà étudiés, et sur ceux assez nombreux qui ne l'ont pas été du tout. Au fur et à mesure que s'agrandira la *Matière médicale pure*, et que les travaux entrepris dans ce but seront de plus en plus exacts, méthodiques, les objections des critiques et des incrédules, déjà si faibles, si peu concluantes, puisqu'elles n'aboutissent généralement qu'à une simple négation sans preuves, ces objections, dis-je, seront réduites au néant. En effet, pour le praticien qui suit avec réflexion et discernement les préceptes du vénérable fondateur de l'homœopathie, tant dans le relevé des symptômes morbides et dans le choix du remède, que pour les précautions hygiéniques à observer; pour celui qui se tient au courant des perfectionnemens et des modifications apportés journellement par l'expérience et l'observation clinique; pour celui-là, le meilleur guide à suivre en thérapeutique est incontestablement la loi homœopathique. Par elle aussi s'explique la corrélation de tous nos maux avec les nombreux remèdes connus et à reconnaître; tandis que la profusion de ceux-ci eût été un *non-sens* dans la création, s'il eût suffi de quelques substances seulement à opposer à ceux-là. Mais comme rien n'a été fait en vain, il ne pouvait en être ainsi; car, si les infirmités qui sévissent sur l'espèce humaine sont variées et nombreuses, les moyens pour les combattre le sont aussi. L'embarras n'est que dans le choix mais ce choix ne peut être convenablement fait qu'après l'étude selon la méthode pathogénétique, des substances médicinales que fournissent les trois règnes de la nature. La tâche est immense, il est vrai : mais sur elle reposent, d'un côté, les intérêts les plus chers de l'être qui souffre, de l'autre le rang est réservé à la médecine comme science

désormais exacte et éminemment salutaire. Ces attributs de la médecine, qu'on lui a si souvent contestés jusqu'ici, ressortent si clairs, si évidens de l'homœopathie dignement, exercée, qu'elle peut défier ses détracteurs de les lui contester sur preuve. A l'appui de ces assertions, je groupe ici quelques observations cliniques qui établissent d'une manière incontestable l'appropriation ou spécificité d'un remède simple dans une affection particulière, caractérisée surtout par le symptôme principal que ce remède détermine sur l'homme bien portant soumis à son action et aux conditions prescrites par la méthode pathogénétique.

La névralgie sciatique, soit aiguë, soit chronique, a été diversement traitée jusqu'à nos jours, suivant le système thérapeutique qu'avaient adopté les praticiens à qui il était demandé des conseils contre cette affection. Aucune règle précise ne servait de base à la détermination des moyens qu'on employait pour la combattre. Aussi, selon qu'on la considérait comme le résultat d'un refroidissement, ou comme l'effet sympathique d'un état saburral des voies gastriques, ou bien comme une infiltration particulière du névrilemme du nerf affecté, traitait-on cette affection par les sudorifiques, les vomitifs ou les purgatifs, les vésicatoires, les linimens, etc. De nos jours, on lui oppose plus particulièrement les antiphlogistiques, seuls ou aidés des révulsifs. Chacune de ces manières de traiter la sciatique compte des succès plus ou moins nombreux, plus ou moins durables. Les ayant moi-même employés alternativement ou simultanément pendant les vingt et quelques années de ma pratique allopathique, j'avais pu me convaincre qu'aucun des traitemens en question n'était véritablement direct ou spécifique, puisque de nouveaux cas analogues à celui qui avait cédé à l'action de tel moyen thérapeutique, lui étaient plus tard réfractaires, et que même certains de ces cas résistaient obstinément à l'emploi alternatif ou simultané de tous les moyens indiqués.

Telle est donc la pénible incertitude que laisse trop souvent au praticien la thérapeutique allopathique, non-seulement dans l'affection dont il est ici question, mais encore à l'égard de presque toutes celles qui affligent l'espèce humaine : et si la sagacité, le tact médical du praticien, avec l'habitude qu'il s'est faite de manier plus ou moins habilement le certain nombre de formules qu'il a adoptées, lui donnent par-ci par là la confiance de réussir à détruire le mal qu'il est appelé à combattre, il est incontestable que cette confiance lui manque dans la grande majorité des cas. Si j'en crois le sentiment de la plupart des praticiens allopathes consciencieux, et ma conviction personnelle, il ne peut en être autrement dans la pratique de l'art de guérir qui a pour guide la loi *des contraires*, et pour moyens des assemblages ou composés plus ou moins monstrueux de médicamens dont on ne connaît le plus souvent ni l'action réciproque des uns sur les autres, ni le résultat probable sur l'organisme. C'est aussi pourquoi, lorsque j'eus connaissance des observations du docteur Martinet sur le traitement des névralgies, je pressentis les avantages qu'on pourrait retirer en homœopathie du remède qu'il préconisait; ayant ici des occasions assez fréquentes de traiter ces sortes d'affections, je résolus d'expérimenter, d'après la méthode de Hahnemann, l'huile de térébenthine. J'ai fait plusieurs fois sur moi des essais qui m'ont convaincu que cette substance a effectivement une action spéciale sur le nerf sciatique d'abord, sur quelques uns des nerfs de la face, et sur les membranes du larynx et des voies urinaires.

Si je me borne à ces simples indications sur les effets pathogénétiques de la térébenthine, c'est que je crois inutile de répéter ce qui a été dit à cet égard par d'autres observateurs ou expérimentateurs homœopathes, et qu'elles me suffirent pour me décider à traiter, par ce moyen, les divers cas de sciatique qui depuis cette époque se sont présentés dans ma pratique. Je vais en rapporter quelques-uns.

Première Observation.

M. J. Rouanet, négociant à Castres, âgé d'environ trente ans, fortement constitué, tempérament sanguin, cheveux châtains, teint coloré, était sujet depuis longtemps à des douleurs sciatiques qui revenaient une et souvent deux fois par an, et l'obligeaient à garder la chambre ou le lit pendant plusieurs jours. Combattues chaque fois par la saignée, les sangsues, les bains, les ventouses scarifiées et autres révulsifs, elles avaient toujours une assez longue durée, et ne manquaient jamais de reparaître à la période suivante. En 1832, au mois d'avril, M. J. R.... se trouvant en voyage et à cheval, fut de nouveau saisi par sa névralgie. Les moyens antiphlogistiques précédemment employés le furent encore et amenèrent quelque soulagement. Pressé par ses affaires, il se remit en route, quoique mal à son aise encore; mais, après quelques heures de marche, il fut obligé de s'arrêter et de se faire traiter de nouveau. Son mal ayant empiré, il se fit transporter chez lui en voiture. Lorsque je le vis, la cuisse et la jambe avaient presque le double de leur volume naturel, et étaient très-enflammées. Je lui fis prendre un bain général emollient pour abattre un peu l'éréthisme; mais il ne soulagea ni les douleurs ni la fièvre. Je commençai alors un traitement homœopathique par une dose d'*acon.* au *billion.* qui diminua la fièvre, la rougeur, la tuméfaction de la partie, mais non la névralgie. Je donnai ensuite une première dose de térébenthine (une goutte d'alcool térébenthiné, dynamisé au 100e). La violence de la douleur ne tarda pas à décroître, et vingt-quatre heures après il y eut un soulagement notable. La maladie céda complétement à l'administration d'une seconde dose du même remède, qui fut suivie, certes, d'une exacerbation violente; mais aussi la maladie n'a plus reparu depuis cette époque.

Deuxième observation.

Garrigues cadet, maréchal ferrant, avait déjà éprouvé plusieurs fois des douleurs sciatiques dont il s'était traité lui-même. Cet homme est grand, bien constitué,

blond, vif, d'un tempérament sanguin. Le 17 octobre 1833, il me fit prier de lui donner mes soins pour une nouvelle attaque de sciatique qui, cette fois-ci, avait plutôt augmenté que diminué sous l'influence des linimens et sudorifiques dont il faisait usage ordinairement. Je le trouvai au lit, d'où il ne pouvait sortir pour satisfaire à aucun de ses besoins. L'extrémité pelvienne droite lui semblait, disait-il, dévorée par des chiens, ce qui lui donnait beaucoup d'anxiété, d'agitation, d'impatience. Je donnai une goutte d'alcoolat de térébenthine, dyn. au 100e. Le lendemain, la douleur avait notablement diminué, sans que cependant il y eût eu d'aggravation homœopathique sensible. Cela me décida à donner une seconde dose. Bientôt après, le malade sentit sa douleur revenir avec une telle intensité qu'elle lui faisait jeter les hauts cris, et ne lui permettait pas de rester un instant tranquille. Au bout de quelques heures le mal diminua graduellement, et la névralgie avait entièrement disparu le quatrième jour. Je vois ce maréchal assez souvent; il m'a plusieurs fois dit n'avoir éprouvé, depuis lors, que quelques légers élancemens, très-fugaces, dans le nerf précédemment malade, sans avoir été obligé d'interrompre un instant ses occupations.

Troisième observation.

Un garçon cafetier, âgé d'environ cinquante-cinq ans, déjà boiteux de la jambe droite, sujet aussi, depuis longues années, à des douleurs sciatiques moins intenses que dans les deux cas précédens, mais plus continues, réclama mes soins dans le mois de mai 1834. Après avoir travaillé quelques heures dans une cave fraîche, il ne put presque plus marcher, et il pouvait à peine se tenir debout, tant était forte la douleur sciatique de la cuisse gauche. Une dose de *dulcam.* le soulagea peu. J'employai le lendemain l'alcoolat de térébenthine, qui fut continué à 2 doses par semaine, pendant plus d'un mois. A cette époque la névralgie sciatique avait totalement disparu. Un an après, j'ai revu cet homme, qui m'a dit n'avoir plus souffert de sa douleur.

Plusieurs autres cas du même genre que ce dernier ont été également guéris dans l'espace de quelques semaines par le même moyen; mais les deux suivans sont surtout à citer pour la rapidité de l'action curative qu'y déploya l'alcoolat de térébenthine.

Quatrième observation.

Le jeune Grach, âgé de huit à neuf ans, maigre, taille alongée, teint brun-jaunâtre, extrêmement pétulant, issu de parens à diathèse psorique, me fut confié le 15 juin 1833, pour une douleur à la cuisse et à la jambe droites, dont il se plaignait depuis environ un mois. Il marchait très-péniblement sur les orteils, le membre fléchi, et presque sans faire jouer les articulations. D'abord je crus à l'existence d'une coxalgie crurale assez avancée, mais un examen attentif me convainquit que la douleur avait son siége sur le trajet du nerf sciatique. J'administrai ce jour même une goutte d'alcoolat de térébenthine au 100e; à ma visite du lendemain, j'appris qu'après une exacerbation de la douleur, qui dura environ deux heures, le mal n'avait pas tardé à cesser pour ne plus reparaître. L'enfant n'a plus souffert depuis.

Cinquième observation.

Le nommé Vidal, ménager de son bien, à Mont-Fanet, près de Castres, âgé d'environ cinquante-ans, très-maigre et travailleur très-actif, avait souffert d'une névralgie sciatique et de lumbago plusieurs fois déjà dans l'espace de quelques années. Le 30 juin 1835, il me fit prier de l'aller voir. Trois jours auparavant, après avoir travaillé et sué dans un champ voisin de son habitation, il fut surpris par un vent du nord qui refroidit son linge et son corps; ses douleurs anciennes se réveillèrent, quelques instans après, avec une telle intensité qu'il fut obligé de rentrer et de se coucher; il employa, comme il avait déjà fait plusieurs fois, la chaleur extérieure et les boissons sudorifiques, qui rétablirent la température ordinaire du corps, et provoquèrent même la sueur, mais ne diminuèrent point les douleurs. Lorsque je le vis, quatre jours après l'invasion du mal, ses plaintes et son agitation dans le lit ne discontinuaient pas; il en avait été de même les jours précédens. Il éprouvait des rongemens insupportables sur tout le trajet du nerf sciatique. Je lui donnai une goutte d'alcoolat de téréb. Je restai trois heures auprès de lui, sans observer ni aggravation ni soulagement notables. Une seconde dose administrée au bout de ces trois heures procura du mieux. A mon départ, je laissai une troisième dose à administrer cinq heures après la précédente, si le soulagement survenu ne se soutenait pas, ou s'il n'y avait pas d'aggravation notable. En effet, les rongemens ayant reparu après un court sommeil, quoique à un moindre degré, le malade prit la troisième dose, qui, peu d'instans après, détermina une aggravation très-prononcée, mais d'assez courte durée. Il put se lever le lendemain, et le jour suivant il vint lui-même chez moi pour me dire qu'il n'éprouvait plus dans les parties affectées qu'un peu de faiblesse et d'endolorissement à peine sensible. J'ai appris depuis peu qu'il n'avait plus rien ressenti de ses anciens maux.

Considérations sur l'état présent de l'homœopathie en Allemagne; par le docteur Trinks.

Après avoir, avec plus ou moins de rapidité, parcouru plusieurs phases différentes, tantôt à son avantage, et tantôt à son détriment, l'homœopathie est entrée enfin dans une nouvelle ère. Après avoir d'abord renversé la domination de l'absolutisme, puis secoué les chaînes d'une oligarchie doctrinaire, elle se trouve revenue au point d'où elle était partie. Nous saluons cette nouvelle époque comme une période vraiment heureuse, tant

pour la médecine en général, que pour l'homœopathie en particulier ; et nous nous réjouissons de cette émancipation, qui ramène la science dans le domaine public, la met à la portée de chacun, et fait qu'elle cesse d'être le monopole d'une minorité qui l'exploite à titre de conquête. Désormais sa marche ne sera plus entravée ni par la pertinacité d'un seul, ni par le despotisme doctrinaire de quelques-uns ; chacun pourra enfin émettre librement son opinion, et contribuer pour sa part au mouvement progressif des idées, sans avoir à craindre d'être anathématisé par un chef de secte ou par une coterie.

Il s'est élevé une opposition qui cherche à démontrer que tous ceux des dogmes de l'homœopathie qui ne reposent point sur l'expérience, sont d'inutiles assertions, incompatibles avec la raison, et en même temps à prouver que ceux qui ont pour base l'expérience, doivent être reconnus, ainsi que les lois qui en découlent. Mais cette opposition n'a pas seulement pour tendance de séparer le bon grain de l'ivraie ; elle veut encore soumettre les additions journalières à un examen sévère et impartial. C'est ainsi qu'elle satisfera à un besoin profondément senti, et qu'elle créera une critique qui, dans toute science, est l'élément de vie le plus indispensable.

L'émancipation de l'homœopathie était d'autant plus désirable, et une réforme de fond en comble d'autant plus nécessaire, qu'on ne pouvait méconnaître que la domination de ultra-homœopathes entraînait rapidement l'homœopathie à une ruine inévitable ; car ce n'était pas ses ennemis naturels, les médecins allopathes, qui pouvaient la renverser, mais bien ceux qui disent être ses plus chauds partisans. Déjà la hache était levée pour la frapper au cœur, car autre ne pouvait être le résultat de la proposition publiquement faite à Kœthen, de renoncer à la simplicité des doses, et d'employer, suivant le besoin et les indications, des mélanges de deux à dix et cent médicamens, ou en d'autres termes de revenir à la prétendue rationnalité de l'allopathie, qu'on avait eu tant de peine à déraciner. Ce malheur a été heureusement détourné ; l'homœopathie s'est trouvée préservée de sa ruine, et l'ultra-homœopathie s'est détruite elle-même par les inconséquences au milieu desquelles elle s'était égarée, par les niaiseries qu'elle mettait continuellement en lumière.

Désormais la réforme de l'homœopathie a commencé, et elle marche sans que rien ne l'arrête. Les principaux boulevarts de l'ultra-homœopathie, qui partout gênaient le développement de la science, sont déjà écroulés, et leurs défenseurs ont déployé dans la lutte tout ce qu'on pouvait attendre d'esprits prévenus, de vues étroites, de raisonnemens inconséquens ; ils ont prouvé que leur imaginaire infaillibilité ne reposait sur rien. Ils combattaient pour une cause insoutenable avec les armes les plus étranges, et à l'appui des choses les moins vraisemblables, les plus contraires au bon sens, ils alléguaient des arguties poussées souvent jusqu'au ridicule.

Il n'est pas de science expérimentale où l'on puisse régner par ordonnance, et la profession de foi de Kœthen n'était pas plus propre à prévenir le grand schisme, que la déclaration de Wallenstein ne le fut jadis à empêcher la défection de ses généraux. C'est à l'introduction de la critique que l'homœopathie doit d'avoir vu proscrire, comme contraires à l'expérience, et comme obstacle à tout progrès, plusieurs dogmes qu'on avait dans ces derniers temps seulement ralliés à son principe, sous prétexte qu'ils en découlent à titre de conséquences nécessaires, et qu'on avait même dépeints comme des découvertes de haute portée. Telles sont la théorie de la psore, l'accroissement des vertus médicamenteuses par la prolongation des dilutions, la doctrine de la grandeur et de l'exiguité des doses, celle de la non-répétition des médicamens, celle de la longue durée d'action des médicamens, etc.

La théorie de la psore, qui promettait tant au début, s'est vue réduite, par une appréciation critique rigoureuse, à une portée beaucoup plus restreinte. Comme toutes les idées étroites, elle a enchaîné la marche de la médecine homœopathique, et ses conséquences immédiates ont été :

1° Que pendant quelque temps on a négligé toutes les autres recherches étiologiques, parce qu'on avait une confiance trop absolue dans les vues émises par Hahnemann sur les sources des maladies chroniques ;

2° Que beaucoup de médicamens ont été élevés à un rang qu'ils ne méritent pas, au grand détriment d'autres substances, souvent bien plus importantes, et sans que Hahnemann ait assigné aucun caractère essentiel, auquel on puisse reconnaître ce qu'il appelle les antipsoriques, sans qu'il l'ait fait même dans la dernière édition de son Traité des maladies chroniques, quoiqu'on le lui eût instamment demandé de toutes parts. L'étude et l'application d'un grand nombre de médicamens importans, mais non élevés au rang d'antipsoriques, furent négligées de la manière la plus notoire, et bien des maladies restèrent sans guérison, qui auraient pu être guéries par l'usage de substances non antisporiques. Hahnemann a poussé les choses jusqu'à rendre injustement suspects quelques médicamens inestimables, le mercure, par exemple, et à détourner de leur emploi dans les maladies chroniques.

La théorie de la dynamisation a exercé une bien plus funeste influence encore, et on doit la considérer comme la principale cause qui a mis obstacle au développement de l'homœopathie. Cette théorie et la trop grande généralisation qu'elle a reçue de Hahnemann, ont eu pour conséquences :

1° Que la vertu d'un grand nombre de médicamens a été, sinon absolument détruite par une dilution poussée trop loin, du moins affaiblie à tel point, qu'elle ne suffisait plus pour procurer la guérison d'un grand nombre de maladies. Méconnaître cette vérité que chaque maladie exige pour guérir une quantité suffisante de vertu médicamenteuse, et qu'on ne saurait établir à cet égard nulle règle susceptible d'être appliquée partout, a produit les plus tristes effets ; car certaines maladies n'ont pu être guéries qui demandaient à l'art un plus grand

et plus énergique déploiement de forces. L'homœopathie s'est trouvée ravalée par ce dogme à la condition d'une médecine expectante. Mais je me suis convaincu que la guérison de maladies graves qui ne subissent pas la moindre amélioration sous l'empire de doses répétées d'un médicament très-atténué, peut être obtenue par des doses fortes et répétées, même de teintures non étendues; fait dont peut se convaincre journellement quiconque voudra en faire l'épreuve.

2° Il en est ressorti pour la science cet immense désavantage qu'un grand nombre de médicamens, portés à ces hauts degrés de dilution, n'ont manifesté que des effets insensibles dans les maladies ; que, par conséquent, il est devenu fort difficile d'accroître par l'observation nos connaissances sur la sphère d'action de ces médicamens, et que la porte s'est trouvée largement ouverte à l'illusion et à l'erreur. Il a été impossible d'atteindre à cette précision mathématique annoncée d'avance et prédite avec tant d'assurance.

Il ne peut être question, en allopathie même, et bien moins encore en homœopathie, de l'établissement de règles fixes à l'égard de la grandeur et de l'exiguité des doses. Déjà je me suis prononcé sur cette question, et mes vues ont été bien des fois attaquées ; mais ma propre expérience, étayée de celle d'autres hommes estimables, m'a convaincu de plus en plus que, pour atteindre sûrement à son but, le médecin homœopathe a tout autant besoin de doses très-fortes que de doses très-faibles. Je répète ici que je considère la doctrine de la force des doses comme étant sans liaison aucune avec le principe de l'homœopathie, et qu'il est, qu'il doit être tout-à-fait indifférent que la guérison d'une maladie soit due à des gros, à des scrupules, à des grains, à des gouttes de la teinture primitive, ou à des gouttes de la trentième dilution, pourvu que le choix du médicament s'harmonise avec le principe de l'homœopathie.

La répétition des doses a été vantée comme une grande découverte, tandis qu'elle n'était autre chose que la réintégration dans tous ses droits d'une loi de la nature, dont un dogme trop étroit avait restreint l'application; tandis qu'elle n'était qu'un hommage tacite rendu à l'impérieuse nécessité, et trop souvent un insuffisant moyen de suppléer à de fortes doses.

Enfin, je signale encore la durée d'action que Hahnemann assigne aux médicamens dans les maladies, comme un grave obstacle aux progrès de la médecine homœopathique, comme un dogme qui, à l'instar de tous ceux des ultra-homœopathes, a été non-seulement suivi machinalement par eux, mais encore poussé jusqu'à l'absurde par beaucoup d'entre eux, et notamment par quelques *dilettanti* d'homœopathie, étrangers à la profession médicale. A en croire quelques-uns de ces fous, un seul globule, imprégné de la plus haute dilution, aurait pu déterminer les plus violens effets dans l'organisme malade, pendant toute une moitié d'année, et même une couple de mois au delà !

Le problème dont on doit désormais s'occuper, consiste donc à développer de plus en plus le principe de l'homœopathie, et à l'asseoir scientifiquement sur des bases aussi solides que celles qu'il doit déjà à l'expérience. Ce principe, l'essai des médicamens sur l'homme en santé, et l'emploi de médicamens simples, restent alors les piliers de la médecine réformée, que le temps essaiera en vain de ronger et de renverser. Mais sur ces piliers repose la gloire du réformateur, qui, blâmé et honni souvent d'une manière injuste par ses ennemis et ses amis, a cependant fait de si grandes choses.

La littérature de l'homœopathie, si l'on veut appeler de ce nom honorable toute fabrication de livres, a été rabaissée à la condition du plus humble esclavage. Des productions sans talent, sans esprit, sans critique, de fades et misérables éloges, des exagérations dépassant toutes les bornes de la foi la plus robuste, des diatribes contre ceux qui osaient douter de dogmes proclamés, ou des répertoires de médicamens, voilà de quoi elle se compose ! De loin en loin seulement, on a vu paraître quelques mémoires utiles à la science ou à la pratique, qui se sont montrés comme autant de vertes oasis au milieu de cet immense désert littéraire.

Observation pratique ; par le docteur Seither.

Une femme d'une cinquantaine d'années, corpulente, d'un tempérament sanguin-bilieux, et affectée d'ulcères variqueux aux jambes, se sentait déjà mal à son aise depuis le matin ; quoique ayant peu d'envie d'avaler son café, elle le prit cependant, puis sortit ; mais, ayant été prise tout à coup d'un grand vertige, avec titubation, elle s'empressa de rentrer à la maison. On la mit au lit ; à peine était-elle couchée qu'elle vomit et qu'elle eut une selle très-débilitante. On m'appela en toute hâte : je ne fus pas peu surpris du renversement des traits de la malade. Elle était pâle comme une morte, avec froid au visage, aux pieds et aux mains ; pupilles dilatées, yeux affaissés, bordés de bleu ; regard peignant l'anxiété ; nez effilé ; lèvres bleues et tremblantes ; la malade bâillait sans cesse, gémissait et tirait sa respiration en soupirant ; elle éprouvait une anxiété mortelle, et avait toujours envie de vomir ; dès qu'elle s'asseyait, elle retombait en arrière par l'effet du vertige, et avec une envie de vomir plus forte encore ; pouls petit, serré, spasmodique ; frissonnement, froid, rapports continuels, vomissemens, besoin subit d'aller à la selle.

Je prescrivis une dose d'ipécacuanha. La malade vomit bientôt, mais n'eut point de selle. Une seconde dose. Au bout d'une heure point de vomissement ; mais les nausées continuent encore. Peu de temps après, une troisième dose. La chaleur revint au visage et aux extrémités : le regard cessa de peindre l'anxiété, les bâillemens furent plus rares et la respiration plus tranquille ; la turgescence vitale se ranima, et la malade se trouva soulagée. Le lendemain, comme elle n'éprouvait plus qu'une grande faiblesse, elle se rendit à l'étage supérieur de sa maison, pour y trouver plus de commodités et de repos. Mais les choses n'y étant pas suivant ses désirs,

elle se mit en colère. Peu de temps après, le mal d'estomac et les nausées reparurent. A mon arrivée, elle offrait les symptômes suivans : tête entreprise, soif, agitation, traction et tension dans la jambe droite, raideur, fièvre. Je donnai *nux* X, 10.

Le troisième jour, les symptômes gastriques sont apaisés, ainsi que les vertiges et le mal de tête : il survient une selle ; la soif et la fièvre persistent : les douleurs de jambe augmentent ; il s'y fait sentir de l'ardeur, des déchiremens et des élancemens ; il s'est développé un érysipèle occupant toute la cuisse et toute la jambe. L'ulcère variqueux, situé à la cheville, était devenu sec et lancinant. Je fis prendre deux jours de suite une dose de belladone (X, 12 et X, 6). Le résultat fut des plus favorables ; la transpiration cutanée s'établit, surtout à la jambe malade ; les douleurs, la tension, le gonflement, la rougeur, les vertiges et la fièvre disparurent peu à peu, et au bout de huit jours la femme était en état de se mettre à sa fenêtre.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

FÉVRIER 1836.

L'admission des différentes diathèses des anciens est d'une grande valeur en Thérapeutique.

Toutes les fois qu'une idée générale vient à pénétrer dans une science, celle-ci en est comme ébranlée dans toutes ses parties; les premiers qui l'admettent, plaçant successivement tous les faits sous le jour nouveau qu'elle apporte, font tous leurs efforts pour faire rentrer ceux-ci sous sa loi. Dans ce travail de restauration de toute une science, le présent se sépare violemment du passé, et les vérités anciens sont niées, parce qu'elles ne peuvent s'allier avec l'idée nouvelle. Comment, par exemple, la doctrine anatomo-pathologique pure eût-elle pu concilier avec son principe exclusif de localisation, les diathèses générales, les élémens morbides spéciaux, qui changent la nature intime ainsi que la physionomie des maladies, et conduisent à une thérapeutique qui doit nécessairement se coordonner avec les différences auxquelles elle s'applique? Ont-elles pu, ces idées, trouver un accès plus facile dans l'esprit des physiologistes qui, eux aussi, s'appuient sur les données fournies par l'observation nécroscopique, mais estiment qu'on ne peut arriver à une interprétation légitime des lésions que celle-ci ne constate qu'en les rapprochant des causes qui les déterminent? Nous ne l'ignorons pas; toutes les fois que l'esprit de l'homme a parcouru un cercle d'études et qu'il est arrivé à amasser sur l'objet de ces études une certaine somme de connaissances, il aspire, par une de ses prérogatives les plus élevées, à rechercher la loi qui lie ces faits entre eux: cette loi une fois découverte, la poser dans la science, grouper autour d'elle tous les faits qu'elle régit, c'est là une œuvre difficile, une œuvre dont la fantaisie ne peut venir qu'à un homme qui a la conscience de sa supériorité, œuvre que l'homme de génie seul peut tenter. Cependant prenons-y garde, cette loi générale dans les sciences qui s'appliquent aux corps simples de la nature inorganique est déjà dans une sphère si élevée qu'à peine si aujourd'hui même les physiciens l'entrevoient, malgré la perfection de leurs méthodes. Quelles difficultés donc doivent surgir quand, au lieu d'une science purement physique, il s'agit d'une science qui a pour objet les corps organisés, et les corps organisés auxquels s'ajoute la vie à son summun d'intensité. Qui ne comprend l'immense complication que la présence d'un pareil élément introduit immédiatement dans les problèmes de la science qui a pour mission de l'étudier. A toutes les époques de la médecine, on a senti la difficulté; mais dans l'impossibilité où l'on était de la vaincre, on l'a tournée, on a fait systématiquement abstraction de la vie; de là les théories mécaniques ou chimiques qui ne voient dans l'économie que des organes et un ensemble variable des mouvemens et d'actions moléculaires, et font rentrer tous les phénomènes de l'organisme sous les lois de la physique générale. Par ces savans et laborieux artifices de la pensée, on imprime à la science un caractère de simplicité qui, dans les premiers momens de l'enthousiasme de l'innovation, séduit les esprits non suffisamment réfléchis; mais les faits continuant de se produire avec leur invincible complication et leurs multiples inconnus, bientôt le prestige disparaît, et l'on rentre dans le cercle de de la sévère observation, qui tient compte de tous les faits et ne les scinde point au profit de quelque ingénieuse hypothèse. On dit que la science est surchargée de faits qui, chaque jour, se multiplient encore, et avec un caractère d'uniformité qui les rend complétement stériles; il y a du vrai dans cette remarque, mais le vice n'est point dans la méthode, il est tout dans la manière dont on l'applique. Observer! Il semblerait que c'est là l'acte le plus simple de l'intelligence: il semblerait que pour observer il suffise d'avoir le cristaillin transparent, la membrane du tympan à l'état normal, et la main digitée et non garnie de poils, comme le disait Hobbes: mais combien est grande l'erreur de ceux qui estiment aussi facile l'art de l'observation? Combien d'observateurs seraient mal à l'aise si Borden leur apparaissait tout à coup, et qu'il leur demandât: « Où avez-vous observé, comment avez-vous observé, de quel droit avez-vous observé? » Non, le talent d'observation n'est point un talent vulgaire, et Bacon, établissant que l'observation est l'unique méthode que l'on doit suivre dans la culture des sciences naturelles, pensait bien que cette méthode, se substituant à la méthode synthétique suivie jusqu'à lui, hâterait le développement scientifique; mais il ne se dissimulait pas combien par là le progrès serait lent; il promit seulement qu'il serait plus sûr et ne redouterait point le contrôle de l'avenir.

Une fois ces conditions d'une observation rigoureuse

posées, quelle ligne doit suivre le praticien en face des théories qui, par les variétés partielles qu'elles peuvent contenir, sollicitent son assentiment? Nous ne sommes plus au temps où il fallait de par le parlement croire à Aristote : la vérité seule aujourd'hui a droit de prétendre à l'acquiescement des hommes; un nom ne doit plus éblouir, et chacun dans sa conscience scientifique doit conserver assez d'indépendance pour ne point se croire obligé d'accepter tout un ensemble théorique, parce que cet ensemble contient quelques fractions de vérités qu'il a franchement et librement accueillies. Laissons les systématiques se débattre dans la sphère élevée des idées générales dont le temps n'est point encore venu; pour nous, qui ne demandons à la science que des applications, qui partant ne devons admettre comme progrès vrai que les idées qui arrivent à une réalisation quelconque dans la pratique, tenons-nous à cet eclectisme du bon sens introduit dans la science non comme théorie, mais comme méthode provisoire par le professeur Andral, à cet eclectisme qui laisse aux faits leurs coudées franches, et ne les étrangle point dans l'état des théories incomplètes. Telle a été en général la marche de ce journal, qui accueille tous les faits sans acception d'école, pourvu qu'ils aient trait à la pratique. Dans l'état actuel de la science, il n'y a point d'autre voie de progrès.

Mais revenons : entraînés presque tous dans le mouvement des idées modernes, il est peu de praticiens qui, dans leurs applications thérapeutiques, tiennent compte de ces élémens spéciaux, que les anciens désignaient sous le nom d'élémens rhumatismal, goutteux, dartreux, syphilitique, etc., et qui dans leur philosophie pathologique impriment aux maladies qu'ils viennent compliquer un caractère tellement propre, qu'une thérapeutique spéciale doit leur être opposée. Ce n'est point sans raison que les modernes ont établi que ce n'est qu'avec une grande réserve qu'il faut accepter les idées entachées d'erreurs évidentes qui avaient cours dans les doctrines anciennes; mais avons-nous dû faire table rase de toutes ces idées; toute la science du passé, science si laborieuse, si infatigable, qui ne respire à l'aise que dans de volumineux in-folio dont notre couardise est effrayée, toute cette science est-elle donc marquée au coin du délire ou de la folie, et l'ère de la raison et du bon sens ne doit-elle dater que de notre siècle. Ne nous rendons point ridicules par la fatuité d'une aussi adsurbe prétention. Du point de vue où les anciens se plaçaient, ils ont dû dans plus d'un cas voir autrement que nous, mieux que nous, et plus loin que nous, parce que, bien qu'il eussent leurs théories comme nous avons la nôtre, ils conservaient plus d'indépendance dans la pensée. Cette plus grande indépendance dans la pensée, nous la voyons clairement paraître dans leurs tentatives thérapeutiques; c'est elle qui les conduit à expérimenter tour à tour dans les maladies l'influence des nombreux agens de la nature, qu'ils savent capables d'imprimer quelques modifications à l'économie accidentellement placée hors des conditions de la vie à l'état normal. Nous avons, je le sais, répudié depuis longtemps l'héritage de leur pharmacologie indigeste, nous avons nié formellement la légitimité de la plupart de leurs inductions thérapeutiques : mais si, faisant un retour sur nous-mêmes, nous demandons à quel titre nous avons ainsi fait divorce avec toute la science du passé, nous craignons bien que, pesant d'une main impartiale les motifs qui nous y ont conduits, nous soyons forcés à reconnaître que, dans bien des cas, ces motifs n'ont qu'une valeur bien contestable. Si, en effet, nous bornant au point de vue que nous avons cru devoir étudier dans cet article, nous recherchons pourquoi, par exemple, les médecins modernes ne tiennent plus compte que nominalement, pour ainsi dire, des diathèses scrofuleuse, scorbutique, etc., dans le traitement des maladies que ces diathèses viennent compliquer, nous verrons qu'en rejetant ainsi d'une manière presque absolue toutes les idées des anciens thérapeutistes ils se sont laissé guider surtout par leurs vues théoriques, et presque jamais par les enseignemens d'une expérimentation directe.

Personne n'ignore qu'avant que le système de l'irritation et de l'anatomie pathologique pure n'eussent concentré l'attention des observateurs sur les altérations locales des tissus, les diathèses scrofuleuse, goutteuse, rhumatismale, syphilitique, etc., jouaient dans les maladies un rôle des plus importans, et toute thérapeutique rationnelle devait se coordonner avec ces élémens morbides, qui avaient une valeur réelle et non simplement nominale; or ces élémens ont-ils changé? la nature a-t-elle quitté ses anciennes voies pour en suivre de nouvelles? la vie, la santé, la maladie, n'existent-elles pas encore aux mêmes conditions qu'autrefois? S'il en est ainsi, si ces divers états généraux sont des faits aussi réels que les faits nouveaux qu'une méthode d'exploration plus large nous a fait découvrir, une théorie, quelle qu'elle soit, ne peut les anéantir; elle peut les appliquer autrement, mais elle ne peut pas ne les point accepter : un fait est indépendant de l'explication théorique qu'en donnent les hommes; celle-ci peut passer, mais celui-là reste. Tel nous paraît être le caractère des diathèses. Coexistant dans beaucoup de cas avec un grand nombre de maladies, elles impriment à celles-ci une physionomie spéciale, et réclament du thérapeutiste un traitement spécial comme elles. Depuis Gallien jusqu'à Barthès et Bérard de Montpellier, les états généraux de l'économie ont fixé l'attention des praticiens; accueillis par toutes les théories qui se sont tour à tour succédé dans la science, ils ont reçu de chacune d'elles une explication par laquelle celles-ci les ont rattachés à leurs principes. D'où vient que les théories modernes plus exclusives les ont complètement rejetées? Serait-ce que, les ayant soumis à l'épreuve de leur thérapeutique, elles ont vu celle-ci complétement échouer? Mais quelle conséquence en veut-on tirer? Si les idées sur lesquelles cette thérapeutique repose sont fausses, comment la thérapeutique qu'on en conclut par induction pourrait-elle être vraie? Mais on insiste, et l'on demande aux partisans des diathèses d'expliquer nettement ce qu'ils entendent

par là. N'imaginez point que par cette question on vous demande de définir d'une manière précise ce que vous entendez par le mot diathèse; la solution de cette question serait par trop facile; on vous demande la raison des phénomènes diathésiques, que si vous dites qu'il vous suffit, à vous praticien, pour admettre ces phénomènes, qu'ils aient des caractères propres, des caractères qui les distinguent de tous autres phénomènes qui ne sont pas eux, que le fait des diathèses une fois positivement constaté, vous ne vous inquiéterez guère de rechercher s'il est en harmonie avec les théories régnantes, ou bien s'il échappe à leur explication, et que pour vous la meilleure théorie de ces états morbides sera celle qui vous conduira à la méthode de traitement la plus efficace pour les combattre; si, dis-je, vous n'appuyez point votre opinion sur des raisons meilleures que celles-là, persuadez-vous qu'on n'en tiendra point compte; car, après tout, qu'est-ce qu'un fait? ne l'a-t-on pas dit, qu'y a-t-il de plus bête qu'un fait? C'est une chose étrange que, dans une science de toutes la plus difficile et la plus ardue, on ne se tienne point plus ferme sur le terrain de l'observation, et que tout fait qui ne peut entrer dans le cadre de ces théories ait si peu de valeur à nos yeux.

Dès que le scalpel de l'anatomiste eut conduit à la découverte des lésions que les maladies déterminent dans les tissus de nos organes, et que le physiologisme eut déclaré que ces lésions étaient toutes ou presque toutes de nature phlegmasique, on rejeta les diathèses comme des entités, des abstractions purement imaginaires; on ne réfléchit pas qu'à ces entités, à ces abstractions, correspondait dans la médecine ancienne une thérapeutique spéciale qui signalait ses succès, et donnait par là quelque corps, quelque réalité à ces prétendues chimères. Tant que la théorie de l'irritation a régné dans les esprits, on a dû s'isoler de toute méthode thérapeutique ancienne et s'en tenir exclusivement à une thérapeutique qui se coordonnait avec les principes de cette théorie; mais aujourd'hui que le physiologisme est jugé, que l'anatomie pathologique est appréciée à sa valeur, et que l'une et l'autre doctrine ont produit en grande partie ce qu'elles pouvaient produire, n'est-il pas temps enfin de faire retour sur le passé, de nous éclairer de la lumière de ses laborieuses recherches, et de les prendre pour guides dans des expérimentations thérapeutiques qui seront plus libres et plus fécondes, parce que nous y apporterons plus d'indépendance. Déjà cette heureuse réaction a passé de la polémique stérile des livres dans les applications de la pratique; déjà il n'est peut-être plus de praticien un peu avancé qui, en face d'une fièvre grave, par exemple, n'ait recours sans hésiter aux toniques administrés avec réserve, quand une prostration réelle, un état adynamique bien caractérisé, viennent à se développer; en cas pareil, la maladie n'est plus seulement dans la lésion des glandes de Peyer ou de Brumer, elle est dans le système nerveux, dans le sang, et par ces deux grands moteurs de la vie, dans l'économie tout entière, qui va s'affaisser et s'éteindre, si une heureuse réaction ne vient la ranimer. Ce que nous venons de dire des fièvres graves nous pourrions le dire de la pneumonie, de la fièvre puerpérale, des nombreuses maladies éruptives, des fièvres intermittentes pernicieuses, etc. Dans ces nombreuses affections, quand l'état général vient à primer par sa gravité la lésion locale, qui en a peut-être été le point de départ, celle-ci n'a plus qu'une importance secondaire dans l'esprit du thérapeutiste, qui dirige toute son attention sur les grands foyers de la vie, où se trouve désormais tout le danger.

Nous avons voulu dans cet article appeler l'attention des praticiens sur l'importance qu'ils doivent attacher à la recherche des diverses diathèses qui peuvent compliquer les maladies, parce que ce sont là des états, des manières d'être spéciales de l'économie tout aussi réels que l'état adynamique, ataxique ou pernicieuses; les diathèses impriment à la maladie nouvelle qu'elles compliquent un caractère propre qui nécessite une médication spéciale. Des idées exclusives du physiologisme moderne et de l'anatomo-pathologisme, en localisant tous deux l'universalité des maladies et en déclarant, l'une, que l'irritation est le fond de toute affection, l'autre, que toute la médecine est dans l'anatomie pathologique, ont éloigné les esprits de la considération si importante de ces diathèses et ont placé la thérapeutique dans une voie fausse, où elle ne peut demeurer sans être frappée d'une déplorable stérilité. Aujourd'hui que chacun reconnaît que la dichotomie brownienne, soit qu'on la comprenne à la manière du médecin écossais ou du professeur du Val-de Grâce, est un cadre nosologique de beaucoup trop étroit, et que d'un autre côté on n'est pas moins persuadé que la maladie n'est point toute dans les lésions que le scalpel de l'anatomiste constate; dans cet état de choses, disons-nous, la thérapeutique ne doit plus suivre la loi de ces théories incomplètes dans ce qu'elles ont d'erroné; l'observation ancienne, indépendante de leurs préoccupations, doit lui fournir dans beaucoup de cas le guide dont elle a besoin. Qu'elle la consulte, par exemple, sur la question des diathèses, nous ne doutons pas qu'il n'y ait là de hauts enseignemens à recueillir pour elle: que les médecins se mettent à l'œuvre sur ces nouvelles données, et l'on verra bientôt la thérapeutique sortir du vague où trop longtemps elle a été retenue sous ce rapport.

MAX. SIMON.

Réflexions et observations pratiques sur l'emploi des purgatifs dans les fièvres typhoïdes.

Le mot de fièvre typhoïde, mot qui a succédé à tant d'autres, et est destiné sans doute à être remplacé à son tour, est aujourd'hui, selon moi, après la dénomination de fièvre putride des anciens, l'expression la plus convenable pour désigner l'état morbide qu'il représente, affection dans laquelle l'anatomie pathologique a eu à

constater le plus ordinairement une altération des cryptes muqueux isolés et agminés de la partie inférieure de l'iléum et des ganglions mésentériques correspondans ; de là les dénominations d'entérite folliculeuse, d'iléo-mésentérite et de dothinentérie ; dénominations qui ne peuvent être conservées, puisqu'il est des cas, rares il est vrai, mais qui n'en ont pas moins été bien constatés, où l'investigation cadavérique la plus minutieuse n'a pu faire découvrir cette lésion des follicules, où elle n'a montré qu'une simple inflammation villeuse plus ou moins étendue ; on en cite même où l'on n'a trouvé aucune altération de l'intestin. Il est vrai que l'on rencontre le plus souvent, si ce n'est même constamment, dans cette maladie, quelques lésions graves d'un autre organe ; ce qui suffit alors pour en distinguer de plusieurs espèces : fièvre typhoïde cérébrale, arthritique, pulmonaire, abdominale, etc., selon qu'il y a lésion plus ou moins prononcée du système nerveux, des poumons ou du tube digestif, avec des formes inflammatoires, bilieuse, muqueuses, asthéniques, qui dépendent du tempérament de l'individu, des circonstances auxquelles il a été soumis, de son état de faiblesse antérieure, des constitutions médicales, etc.; ce qui devrait faire regarder cette maladie plutôt comme une affection générale, une altération du sang, que comme une maladie locale.

Après ces courtes considérations préliminaires, qui me paraissent d'une indispensable nécessité, je passe à la thérapeutique des fièvres typhoïdes.

Un traitement rationnel devrait reposer toujours sur la nature du mal, et cependant le praticien n'est malheureusement que trop souvent réduit à faire la médecine du symptôme ; il prend chaque phénomène en particulier et le conduit à part. Cette manière de procéder n'est pas la meilleure, sans doute ; mais elle se justifie par l'ignorance où l'on est de la nature de la maladie et par l'égal insuccès des méthodes les plus opposées. Cependant, lorsqu'une méthode thérapeutique vient montrer sa supériorité par son incontestable efficacité, par une action évidente sur le mal contre lequel on la dirige, tôt ou tard elle est sûre de triompher, et elle sera justement préférée au traitement aveugle des symptômes.

Je crois cette époque arrivée pour la fièvre typhoïde. Il n'est plus permis aujourd'hui de combattre la prostration par les toniques, les troubles respiratoires par la saignée, d'arrêter la diarrhée par les lavemens laudanisés ; on ne ferait qu'aggraver le mal. C'est à l'essence de la maladie qu'il faut s'adresser, et tous les symptômes si divers disparaîtront sous l'action du même agent thérapeutique.

La méthode évacuante ne compte pas d'hier ses succès dans le traitement de la fièvre typhoïde ; mais, il faut le dire, en France, depuis quarante ans, elle était tombée dans l'oubli ; les sages préceptes des observateurs anciens (1) étaient méprisés et regardés comme autant d'erreurs. Il n'en fut pas de même en Angleterre, où, sous le nom de méthode d'Hamilton, elle continua de jouir de la faveur des praticiens. Toutefois le mépris dans lequel étaient tombées les théories humorales, l'importance chaque jour croissante que l'on donnait aux lésions que l'examen cadavérique faisait découvrir, expliquent assez la proscription dont elles avaient été frappées parmi nous. M. Bretonneau avait cherché à réhabiliter l'usage de purgatifs salins, mais en limitant leur emploi à la période d'ulcération. Aujourd'hui ce ne sont plus quelques purgatifs que l'on propose d'administrer un petit nombre de fois à une période donnée de la maladie, et dans des circonstances qu'il est plus ou moins facile de saisir : par l'effet d'un de ces changemens qui ont été communs dans la thérapeutique des fièvres et que j'ai dits le plus souvent dictés par des idées théoriques, on vante, comme Hamilton l'avait déjà fait, l'emploi presque journalier des laxatifs dans tout le cours de la maladie. On va même plus loin qu'Hamilton lui-même : car il ne semble se proposer autre chose que d'exciter la contractilité de l'intestin, et ne paraît pas chercher à provoquer les sécrétions qui se font à sa surface. Il est vrai qu'il n'est pas possible d'obtenir l'un de ces effets sans l'autre, et cette distinction n'est guère fondée que dans la tête de ceux qui l'admettent ; elle prouve toutefois que ce praticien était sobre d'évacuations ; et comme elles surviennent souvent spontanément et deviennent bientôt plus nombreuses qu'il ne le demandait, il devait lui arriver souvent de suspendre de bonne heure les évacuans. Aussi faut-il remarquer formellement qu'il n'est pas toujours nécessaire, pour avoir l'évacuation complète qu'il tient tant à produire, de recourir journellement aux purgatifs. Aujourd'hui on se félicite d'obtenir des déjections nombreuses ; et tant que le gargouillement de la région iléo-cœcale annonce la présence des matières, il est bon d'en provoquer l'expulsion par des moyens qui doivent solliciter en même temps une nouvelle sécrétion.

L'eau de Sedlitz, le sulfate de soude, l'huile de ricin, et quelquefois le calomel, sont les agens le plus ordinairement mis en usage pour obtenir ce résultat ; dans le cas d'embarras gastro-intestinal, il est bon d'ouvrir le traitement par un éméto-cathartique, comme il est souvent nécessaire de le terminer par diverses préparations de quinquina.

Quelques observations, recueillies avec soin et rédigées avec une religieuse exactitude sur un nombre de douze individus que j'ai soumis à ce traitement dans l'espace de quelques mois, sans avoir à déplorer la perte d'un seul, prouveront, je l'espère, qu'en province et dans la pratique particulière, l'on peut juger une méthode de traitement, si ce n'est aussi facilement, du moins d'une manière aussi consciencieuse et aussi péremptoire qu'à Paris et dans les hôpitaux. Celle-ci se recommandait à mon attention et à celle de mes confrères par les succès obtenus par plusieurs médecins des plus distingués des hôpitaux de la capitale, et particulièrement par M. Delarroque, médecin de l'hôpital Necker.

Obs. I. Le nommé Devaillaut, journalier, âgé de trente

(1) Sydenham, Huxam, Pringle, Rhœderer et Wagler, Sarcone, Tissot et Stoll.

ans, d'une bonne constitution et de force ordinaire, avait depuis plusieurs jours perdu l'appétit, lorsque, le 12 octobre, il fut forcé d'abandonner son travail vers le milieu de la journée pour se rendre chez lui et se mettre au lit. Le 13 et le 14 il eut plusieurs vomissemens qui étaient, d'après le rapport de sa femme, de matière bilieuse; le 15, après de grands bouillonnemens de ventre, il fut plusieurs fois à la selle en dévoiement. Le 16, à ma première visite, je lui trouvai un air d'étonnement et d'hébétude ; ses réponses sont lentes et incertaines ; il accuse de la douleur dans tous les endroits qu'on lui signale ; il s'est particulièrement plaint, depuis le jour où il est alité, d'une forte céphalalgie ; la langue est humide, large et jaunâtre sur le milieu et à sa base ; le pouls est fort et fréquent ; le ventre, quoique un peu développé, est souple. — Eau de pruneaux et eau de pain pour tisane ; une once de sulfate de soude à prendre le lendemain matin dans un verre de bouillon à l'oseille. — Le 16, le délire a commencé dans la nuit du 15 et se continue ; le pouls et la langue sont à peu près dans le même état ; il y a eu huit selles. Même prescription pour le lendemain.

Je ne revois le malade que le 18 : le pouls est plus fréquent et moins fort ; le délire est tel que le malade veut se lever pour aller travailler ; le ventre est un peu balloné, la langue est toujours humide, il y a eu de cinq à six selles par jour. — Eau de Sedlitz et la continuation de l'eau de prunaux.

Le 19, 20, jusqu'au 23, même prescription, et à peu près même état du malade. Aujourd'hui le délire a cessé, le ventre est mou et indolent à la pression, quoique la langue soit devenue un peu rouge à sa pointe et noirâtre à sa base ; quatre-vingt-dix-huit pulsations assez régulières. Même prescription, toujours l'eau de Sedlitz ; le malade prend trois ou quatre fois du bouillon dans la journée.

Le 27, la langue est plus humide et plus nette qu'à ma dernière visite ; le malade a sué deux chemises ; cinquante-six pulsations irrégulières. Eau de Sedlitz jusqu'au 30. A cette époque, dix-neuvième jour de la maladie, Devaillant reste levé cinq heures par jour et demande à manger. Cessation de tout traitement ; la convalescence marche rapidement.

Le malade a pris deux onces de sel d'Epsom et huit bouteilles d'eau de Sedlitz.

Obs. II. Adèle Dupuy, âgée de sept ans, d'une faible constitution, était alitée depuis trois jours lorsque je la vis pour la première fois, le 21 septembre. La langue, large et épaisse, est blanche et humide, le ventre douloureux à l'ombilic ; un peu de diarrhée ; la peau est chaude sans moiteur ; le pouls, fort et plein, donne quatre-vingt-dix pulsations. Pour tisane une simple solution de sirop de groseilles du bouillon de poulet. Le 23, deux épistaxis depuis ma première visite ; la face, qui était animée les jours précédens, est devenue pâle ; le pouls, moins fort, a conservé sa même fréquence ; la diarrhée est supprimée ; même état général et local, même prescription, sirop de limon étendu dans de l'eau.

Le 24, la petite malade offre pour la première fois un air d'étonnement et d'hébétude ; ses réponses et ses mouvemens sont lents ; quelques taches lenticulaires sur l'abdomen, toux fréquente et sans expectoration. Six gros d'huile de ricin à prendre de suite, continuer le traitement laxatif avec l'eau de Sedlitz, à raison de huit onces par jour, à prendre en quatre fois.

Le 26, de six à douze selles par jour sans coliques, pas de nausées, épistaxis, la langue, humide, large et gluante, est couverte d'un enduit brunâtre ; le ventre, enfoncé, souple et mou, est indolent à la pression ; le pouls donne soixante-quatorze pulsations régulières. Eau de Sedlitz, potion gommeuse. Du 28 au 29, l'eau de Sedlitz a été supprimée, par l'impossibilité d'en faire avaler à la malade. La diarrhée continue, le ventre est toujours indolore, la langue n'est plus gluante, elle est un peu rouge à sa pointe ; la toux fatigue beaucoup la malade ; soixante-dix à soixante-quatorze pulsations par minute. Eau de pain, potion gommeuse bouillon de poulet. Le 1er octobre, on lève la malade pour faire son lit ; la diarrhée et la toux persistent ; tous les autres symptômes ont à peu près disparu. Du 6 au 10, je revois plusieurs fois la malade, qui, à cette époque, restait sur son lit une partie de la journée, et était tourmentée d'un appétit à ne pas laisser de repos à sa mère.

Obs. III. Berton (Jules), âgé de dix ans, d'une faible constitution, habitant une cave creusée dans le roc, était alité depuis quatre jours lorsque je le vis pour la première fois, le 21 octobre. Le petit malade, qui avait eu les jours précédens plusieurs épistaxis, était dans un état de prostration tel, qu'il fallait lui répéter plusieurs fois les questions qu'on lui adressait pour avoir une réponse, et l'agiter, le remuer dans son lit pour le tirer un instant de l'état de stupeur dans lequel il retombait une minute après ; la langue est sèche, la soif vive, cent cinq pulsations ; le ventre, qui est plutôt déprimé que météorisé, est douloureux à la pression. Je constate une fièvre typhoïde grave, et je commence de suite l'emploi de l'eau de Sedlitz, pour tisane la limonade coupée avec de l'eau de pain. A ma visite du lendemain, la soif, qui la veille était ce qui tourmentait le plus le malade, est nulle ; les trois quarts environ de la bouteille d'eau de Sedlitz ont été pris et ont produit neuf selles ; le ventre est plus souple et moins douloureux que la veille ; du reste, même état, même prescription. Le 23, la langue est humide, poisseuse, molle et grisâtre ; les yeux fixes et la bouche entre ouverte donnent au malade un air de stupeur bien prononcé ; les dents et les lèvres sont encroûtées, le ventre est indolent ; même à la pression, quelques taches sur l'abdomen, vingt-huit respirations, cent deux pulsations petites et serrées, délire bruyant, paroles inarticulées. Même traitement, cataplasme synapisé aux pieds. Du 24 au 26, diarrhée de six à dix selles dans les vingt-quatre heures ; le malade a rendu, depuis l'invasion de la maladie, trente-six vers ascarides lombricoïdes, onze par le bas, dix-sept par la bouche sans vomissemens ; le ventre est légèrement ballonné sans être devenu douloureux ; la fièvre et le délire sont à peu près les mêmes que les précédens ; sudamina autour du cou ; peau chaude sans moiteur. Il existe un peu de toux, le bruit

respiratoire est parfait, taches lenticulaires plus nombreuses à l'abdomen. Toujours eau de Sedlitz, julep. Du 26 au 30, amélioration sensible, quoique l'engourdissement des facultés intellectuelles reste le même; la figure, toujours terne, est cependant moins hébétée; la fièvre est moins forte, la toux persiste, le ventre est à peine soulevé, les taches lenticulaires sur l'abdomen ont à peu près disparu, cessation de la diarrhée, deux selles dans les vingt-quatre heures; même traitement. Du 31 octobre au 3 novembre, le pouls est à l'état normal, les dents ne sont plus encroûtées; la langue est humide et légèrement rosée, l'abdomen n'est ni ballonné ni douloureux, une maigreur extrême s'est manifestée depuis plusieurs jours, encore un peu de toux et d'hébétude; le malade demande à manger. A partir de ce jour, cessation de l'eau de Sedlitz. 5 novembre, convalescence complète, prompt rétablissement sans rechute.

Ce malade, âgé de de dix ans, a pris, dans l'espace de quatorze jours, neuf bouteilles d'eau de Sedlitz.

Obs. IV.—Appelé le 6 septembre dans une commune (Chambourg) située à une lieue de Loches, je trouvai couchée dans un lit la veuve Bardoux, âgée d'environ trente-deux ans. Ses voisines, qui depuis deux jours s'attendaient à la voir mourir d'un moment à l'autre, me rapportèrent qu'un confrère, qui dans ce moment était à Tours pour un objet de jurisprudence médicale, avait été appelé à l'invasion de la maladie; qu'il avait fait plusieurs voyages et prescrit une médication qu'elles ne purent me faire connaître; à peine si je pus constater que la malade en était au douzième ou treizième jour de l'affection. La face, blême et terreuse, offre un peu de boursouflement et d'œdème, la langue est brunâtre, sèche et croûteuse; les dents sont fuliginenses, le ventre très-sonore, indolore, la toux fréquente, les râles nombreux, le tronc et les membres sont recouverts d'un grand nombre de taches lenticulaires, le pouls donne quatre-vingt-quinze pulsations irrégulières, décubitus sur le dos; carphologie, délire de paroles inarticulées: telle est la position de la malade. Ma première idée fut de donner un looch et de la laisser mourir tranquillement, lorsque je me rappelai les heureux résultats de M. Delarroque obtenus à l'hôpital Necker par l'emploi des purgatifs dans cette maladie. J'ordonnai, en conséquence, une once de sulfate de soude à prendre en trois fois, et ensuite la continuation du traitement laxatif avec l'eau de Sedlitz, à raison d'une bouteille dans les vingt-quatre heures; eau de pruneaux et eau de gomme pour tisane. Le 8, douze selles ont eut lieu avec quelques coliques; même état de pouls et de la langue; la toux est fréquente, l'expectoration visqueuse, opaque, un peu ocrée; même traitement, potion gommeuse. Le 10, quoique l'accablement soit extrême, la malade paraît prendre plus de part à ce qui se passe autour d'elle; elle répond plus volontiers et plus juste à quelques questions; elle demande même à boire du vin; sa bouche est cependant toujours sèche et croûteuse; les selles sont fréquentes, mais sans coliques. Eau de Sedlitz, demi-once d'huile de ricin, continuation de la potion gommeuse.

Le 12, la langue est villeuse, légèrement collante; les dents ont perdu leur fuliginosité, l'abattement est moins considérable, les taches lenticulaires sur le tronc et les membres ont disparu, les selles sont moins abondantes, le ventre est souple et indolore, le pouls se maintient à plus de quatre-vingts pulsations avec une exacerbation pendant la nuit, ce qui m'engage à prescrire douze grains de sulfate de quinine à prend en deux fois. La malade ne prend plus que deux verres d'eau de Sedlitz par jour.

Le 16, de nombreux sudamina apparaissent sur les côtés du cou, quoique la malade assure qu'elle n'a pas de sueurs et que la peau soit sèche; les jours suivans ils couvrent tout le thorax et l'abdomen. Les selles sont réduites à quatre ou cinq par jour, le pouls ne donne que soixante-six pulsations; tous les autres symptômes se sont amendés depuis ma dernière visite, excepté la toux qui persiste et qui fournit une expectoration de bonne nature. La malade demande à manger; je supprime l'eau de Sedlitz. Le 18 je revois la malade; elle était levée et mangeait une rôtie.

Cette dernière observation surtout, qui est celle par laquelle j'ai débuté dans l'emploi des purgatifs dans la maladie qui nous occupe, doit être des plus concluantes: ainsi la malade était dans un état de prostration extrême, elle n'avait plus la conscience de son existence; l'oppression était des plus grandes; la poitrine, percutée en arrière, donnait un son très-obscur; le gargouillement avait fait place au râle typhoïde dans presque toute l'étendue de la poitrine; le bas-ventre était douloureux et météorisé; la langue, les lèvres, les dents, étaient recouvertes d'un enduit noirâtre; les ouvertures nasales étaient pulvérulentes; la poitrine et le ventre étaient parsémés de taches lenticulaires; eh bien! tous ces symptômes si alarmans ont disparu sous l'influence de quelques bouteilles d'eau de Sedlitz. Qu'on fasse connaître une méthode à l'aide de laquelle on ait obtenu de semblables effets!,... J'ai traité les fièvres typhoïdes par les émissions sanguines, par les toniques, dernièrement par les chlorures, et jamais des faits pareils n'ont attiré mon admiration.

Renaud fils, D.-M., à Loches.

De l'emploi du suc de la racine de sureau dans les hydropisies.

Il n'y a point de praticien qui ne sache combien il est difficile d'obtenir des déjections répétées et convenables dans les collections aqueuses de l'abdomen et du tissu cellulaire. Ce n'est pas que les moyens proposés pour atteindre ce but manquent dans nos matières médicales; il n'y a rien, au contraire, de plus commun, de plus multiplié, que les formules de médicamens hydragogues. Cependant peu de formules répondent aux vues du praticien; tantôt les substances qui en font la base sont à peu près inertes; tantôt trop actives, trop irritantes, elles déterminent des déjections abondantes, à la vérité, mais toujours accompagnées de coliques, qui, devenues

intolérables, forcent le médecin d'en suspendre l'emploi. Ayant lu dans le *Bulletin de thérapeutique* (t. II et IV) des observations publiées par MM. Martin Solon et Hospital sur les bons effets du suc de racine de sureau dans l'ascite, je me proposai d'y avoir recours quand l'occasion s'en présenterait ; c'est ce qui a lieu assez récemment. Je pourrais rapporter un assez grand nombre de faits où ce médicament m'a été très-utile, mais je me contenterai des trois suivans.

Me trouvant en Normandie l'année dernière, près des Andelys, on me consulta pour un jeune homme de dix-huit ans environ, frêle, délicat, usé prématurément par des travaux excessifs. A la suite d'une fièvre intermittente très-irrationnellement traitée, il s'était manifesté de l'enflure œdémateuse aux extrémités inférieures, de la bouffissure au visage, et un commencement très-prononcé d'épanchement séreux dans l'abdomen ; d'ailleurs le malade maigrissait de plus en plus ; il y avait de la soif, et les urines prenaient déjà cette teinte colorée, ce défaut de limpidité particulier chez les hydropiques, indépendamment d'une diminution notable dans leur quantité. L'état d'indigence des parens du jeune malade, l'éloignement de toute pharmacie, ne me permirent pas de recourir à plusieurs médicamens, par conséquent d'en comparer les effets et l'efficacité relatives ; mais, comme le sureau ne manquait pas dans ce pays, je me procurai une assez forte quantité de racines dont je fis extraire le suc en les pilant fortement, suc qu'on se contenta de passer, mais qui ne fut point filtré. Tout informe qu'était cette préparation, j'en fis commencer l'emploi à la dose de deux à quatre onces. Ce fut seulement le troisième jour que des nausées eurent lieu, mais sans vomissemens ; puis succédèrent des déjections alvines, séreuses et abondantes ; les urines augmentèrent également de quantité, mais non pas dans les mêmes proportions que les déjections. Ces phénomènes ne tardèrent pas à être suivis de la diminution de l'infiltration des extrémités et du volume de l'abdomen. L'appétit et le sommeil se prononcèrent, les forces revinrent peu à peu, et la santé se rétablit après environ six semaines de traitement.

Je termine cette observation par deux remarques : la première, qu'au bout de huit jours on fut obligé de suspendre pendant quelque temps le médicament en question, car son goût est fade, un peu nauséeux, et il répugne beaucoup aux malades ; après quelques jours d'intervalle, on peut y revenir, et il ne faut pas même que l'interruption soit trop prolongée ; la seconde remarque est qu'il faut donner ce médicament sans mélange d'aucune autre substance ; de cette manière on s'assure non-seulement de son action directe et positive mais on ne craint pas de diminuer son activité.

Quelque temps après, on me consulta pour une femme de quarante-sept ans environ, d'une assez faible constitution, mal réglée, fatiguée par de longs et rudes travaux. Cette femme éprouva quelques accès de fièvre, accès qui se répétèrent à des intervalles plus ou moins éloignés, qu'elle ne combattit par aucun moyen, pas même par un régime convenablement modifié. Ce fut à la suite de ces accès qu'une infiltration séreuse se manifesta aux extrémités inférieures : les urines diminuèrent, le bas ventre prit un développement anormal ; en un mot, la santé périclitait de plus en plus. Examinée avec soin, cette femme ne me présenta aucun signe de lésion organique ; une chose seulement paraissait évidente, c'était l'épuisement des forces, la diminution de la vitalité ; causes probables de la congestion séreuse, qui ne faisait en effet que des progrès lents. Il me parut que dans ce cas l'indication était, d'une part, de provoquer l'évacuation et l'absorption de la sérosité, de l'autre, de fortifier l'économie, quoique avec mesure et précaution. En conséquence, je prescrivis le suc de racine de sureau à la dose de deux onces dans les vingt-quatre heures. Dès le second jour, des évacuations alvines abondantes eurent lieu ; mais elles affaiblirent tellement la malade, et le médicament lui répugnait à un tel point, qu'on fut obligé de le suspendre. Après quelques jours de repos, je le prescrivis de nouveau, mais j'ajoutai l'usage de trois à quatre onces du vin diurétique suivant, dont j'ai bien des fois observé les bons effets.

Prenez : Nitrate de potasse. . . . demi-once.
Dissolvez dans deux livres de bon vin blanc.
Ajoutez à la solution :
Oximel scillitique. . . . quatre onces.

Deux à trois cuillerées matin et soir dans une forte infusion de baies de genièvre.

Par l'emploi continué de ces médicamens et d'un régime convenable, l'infiltration diminua rapidement, et l'abdomen reprit son volume ordinaire ; seulement une certaine faiblesse générale, ainsi que le gonflement œdémateux des pieds, persistèrent pendant assez longtemps ; mais des frictions sèches sur les extrémités inférieures et l'emploi du vin de quinquina dissipèrent complétement ces accidens.

Au mois de septembre dernier, je fus consulté par M. D...., atteint d'infiltration séreuse aux extrémités et d'un commencement d'ascite. Connaissant le malade pour lui avoir donné des soins en plusieurs circonstances, j'augurai mal de l'affection dont il se plaignait. En effet, après un examen attentif, je portai un prognostic très-grave, bien convaincu que le cas pathologique dont il s'agissait était au-dessus des ressources de l'art. M. D...., quoique doué originairement d'une constitution vigoureuse, était épuisé par des travaux multipliés, par des excès de plus d'un genre et par des affections morales tristes. Il y avait en outre un commencement d'hypertrophie du cœur et une maladie des reins caractérisée depuis plus de vingt ans par des urines rouges, épaisses, et toujours sécrétées en petite quantité. Cependant le malade continuait à vaquer à ses affaires lorsque tout à coup l'infiltration des jambes se manifesta ainsi que l'épanchement abdominal.

Rien de plus évident que la collection séreuse du tissu cellulaire ainsi que celle du bas-ventre, était la conséquence d'anciennes lésions organiques ; il y avait par

conséquent, ainsi que je l'ai dit, peu d'espoir de guérison. Cependant comme le malade, plein d'illusion sur sa position, se prêtait facilement à toute espèce de médication, j'employai une foule de médicamens pris dans la classe des diurétiques et des purgatifs, tantôt donnés séparément et tantôt combinés. C'est ainsi que j'administrai l'acétate de potasse, le vin dont j'ai donné précédemment la formule, la digitale en poudre, en infusion, en extrait, des pilules de calomel et d'extrait de scille, etc. Tous ces moyens, variés dans leurs doses, dans leurs formes et leurs préparations, n'eurent point de succès définitif, quoiqu'ils soulagèrent assez souvent le malade. L'oximel colchique, uni à l'acétate d'ammoniaque et donné matin et soir dans un verre d'une décoction de racines de persil, provoqua des évacuations alvines et une diurèse assez prononcée pour opérer une notable diminution du ventre et de l'infiltration des extrémités inférieures; mais cette espèce de succès ne fut que momentané : l'infiltration des extrémités reparut, gagna même le scrotum et le bassin; l'épanchement de l'abdomen fit aussi des progrès, quoique jamais il ne remplit tellement cette cavité qu'il y eût refoulement du diaphragme et difficulté de respirer. Sur ces entrefaites, un médecin, ami du malade, lui ayant persuadé que la seconde écorce de sureau, fortement infusée dans du vin blanc, le guérirait infailliblement, on administra ce médicament pendant près d'un mois, mais sans obtenir la moindre amélioration; il n'opéra ni déjections alvines, ni ne facilita une plus grande sécrétion des urines. Ce fut alors que, voyant l'inefficacité des remèdes déjà employés, je voulus comparer les effets du suc de la racine de sureau. Comme ce médicament est à peu près inconnu dans les officines de la capitale, je priai un habile pharmacien, M. Boullay, de vouloir bien nous en préparer au fur et à mesure que nous en aurions besoin; de cette manière, j'obtins ce suc aussi pur et bien préparé qu'il est possible de l'avoir. Je commençai par en administrer deux onces, et progressivement j'en donnai jusqu'à huit onces par jour en quatre doses; toutefois cette dernière quantité fatigua beaucoup le malade. Dès les premières doses, il y eut sans coliques, sans irritation intestinale, presque sans malaise, d'abondantes évacuations séreuses, qui diminuèrent assez rapidement le volume de l'abdomen et des extrémités inférieures. L'action de ce médicament ne fut pas aussi prononcée sur les urines, qui continuèrent à couler en petite quantité en conservant leur couleur foncée. Cependant, malgré ce succès apparent, et qui se soutint assez longtemps, les causes organiques ne pouvant être guéries, et la collection séreuse se renouvelant sans cesse, le malade s'affaiblit peu à peu et finit par succomber après quatre mois d'un traitement actif. On doit voir pourtant que, de tous les moyens employés dans cette circonstance, le suc de la racine de sureau offrit l'action la plus prompte et les résultats les plus satisfaisans.

Ces observations, réunies à celles qui ont déjà été publiées, prouvent que ce médicament, rationnellement administré et d'après des indications positives, est un des meilleurs hydragogues qu'on puisse employer. Il ne faut pas croire néanmoins, comme on l'a déjà observé, que le suc de la racine de sureau ait toujours un plein et entier succès; il n'y a point dans la matière médicale de médicament qui ait ce haut degré d'efficacité absolue. D'ailleurs les collections séreuses dépendent de causes tellement variées et multipliées; quand elles se manifestent, les lésions organiques qui les ont produites ont fait de tels progrès et l'économie est si épuisée, qu'aucun moyen de l'art ne peut réussir. Toujours est-il cependant que le suc de la racine de sureau présente de notables avantages dans des circonstances données, indépendamment du bas prix de cette substance et de la facilité de s'en procurer partout.

Reveillé-Parise.

Un mot sur la transfusion du sang et sur les cas où on pourrait la tenter.

Un des plus grands bienfaits de la découverte de la circulation du sang est, sans contredit, celui de la transfusion, qui en a été la conséquence. Rappeler à la vie un homme prêt à expirer à l'aide de quelques onces de sang qu'on dirige vers les cavités cardiaques, c'est quelque chose de sublime qui met la chirurgie au premier rang des arts éminemment conservateurs. On prévoit déjà que les anciens devaient entièrement ignorer cette admirable ressource. Bien que parmi les modernes on parle depuis longtemps de la transfusion, néanmoins ce n'est que depuis quelques années que l'application en a été faite à l'homme avec des résultats vraiment encourageans. Aujourd'hui les cas de réussite sont tellement multipliés, que nous regardons cette médication comme une des plus belles acquisitions de la thérapeutique moderne; nous nous étonnons même de ne pas la voir aussi souvent pratiquée que les occasions paraissent réellement la réclamer.

§ I. *Indications.* Si l'on examine les faits connus jusqu'à ce jour de transfusion de sang, l'on verra que cette opération n'a été pratiquée que dans deux circonstances, savoir : à la suite de pertes utérines, et après certaines hémorrhagies traumatiques très-graves. D'autres cas cependant nous paraissent pouvoir exiger le même moyen. Lorsque pendant une opération sanglante le malade se trouve épuisé et sur le point d'expirer par l'énorme écoulement sanguin, ne vaudrait-il pas mieux lui pratiquer la transfusion que de le laisser certainement périr. Un enfant bien portant, chez lequel M. Roux venait d'extirper une tumeur érectile de la joue, éprouva pendant l'opération une perte tellement considérable de sang qu'il devint exsangue et mourut en quelques instans sous les yeux de l'opérateur. N'est-il pas probable que la transfusion aurait pu sauver la vie à ce petit malade? M. Ribes, chirurgien des Invalides, raconte qu'un habile chirurgien de la capitale eut la douleur de voir mourir sous ses yeux, et en quelques instans, un malade chez lequel il venait d'ouvrir par mégarde une

grosse tumeur anévrismale à la cuisse, qu'il avait prise pour un abcès. La même indication se présente naturellement dans une foule d'autres circonstances analogues.

Il est prouvé par les faits que nous allons rapporter que, lorsqu'il réussit à revivifier l'organisme, le sang transfusé n'agit autrement qu'en stimulant momentanément l'action vitale du cœur, et en redonnant par là à cet organe la motilité suspendue, comme par l'action d'un courant électrique. Deux à trois onces de sang, en effet, injecté par la veine, ont souvent suffi à ranimer l'action du cœur et de l'organisme tout entier. Cela s'explique parfaitement aujourd'hui par la nouvelle doctrine de la circulation, savoir : que le cœur est plutôt un organe régulateur de la circulation (à peu près comme le balancier d'une pendule par rapport au mouvement de l'aiguille) que l'agent vraiment unique du mouvement du sang, comparable à l'action d'une pompe foulante.

Il suit de cette considération que, dans certains cas de lipothymies graves par action nerveuse, qui finissent quelquefois par la mort, comme à l'occasion d'une nouvelle inattendue, de la vue d'une personne dont l'aspect produit un saisissement général, de certains états hystériques, etc., etc., le cœur se trouvant en quelque sorte paralysé, la transfusion pourrait être pratiquée avec quelque chance de réussite à titre de stimulation intérieure. Il est bien entendu d'ailleurs que, dans tous les cas, on n'aura recours à cette médication extrême qu'après que les autres remèdes auront été expérimentés inutilement.

Les physiologistes n'ont pas encore déterminé par des données positives la quantité absolue de sang qui est nécessaire pour l'entretien de la vie, soit en état de santé, soit en état de maladie. Tout ce que nous savons à cet égard c'est que cette quantité varie considérablement, et que dans l'état normal la quantité du sang artériel est en raison inverse de l'âge (Mojon, Lois physiologiques, pag. 41, n° 19, édit. de Paris, 1834). Or, lorsqu'on songe aux pertes immenses que quelques femmes supportent impunément durant certains accouchemens; lorsqu'on se rappelle que, chez un orfèvre opéré et guéri par Guattani d'un anévrysme inguinal, la perte du sang pendant l'opération a été évaluée à douze livres ; lorsqu'on se souvient enfin que, durant l'infatuation de la médecine dite physiologique, un praticien de Paris a osé tirer, en une seule fois, jusqu'à quatre-vingts onces de sang chez une femme de la rue Montorgueil, sans que la vie de la malade ait été directement compromise, l'on conçoit que la quantité rigoureusement nécessaire du sang pour l'entretien de la vie ne doit pas être très-considérable, surtout en cas de maladie. L'on sait effectivement qu'après les affections de longue durée le sang s'use en quelque sorte ; car la quantité de ce liquide qu'on rencontre dans certains cadavres équivaut à peine au poids de deux à trois livres (J. Hunter). Il résulte des remarques précédentes que la quantité du sang qu'on transfuse doit varier suivant l'âge, la constitution et l'état habituel de santé de l'individu sur lequel on opère. Peu d'onces suffisent ordinairement. En général il vaut mieux, sous ce rapport, pécher en moins qu'en plus, car on pourrait autrement étouffer le cœur et produire instantanément une sorte d'asphyxie mortelle par une trop forte accumulation du sang dans cet organe, ainsi que cela résulte de l'observation suivante.

Un jeune homme, combattant pour la révolution de juillet 1830, reçut une balle dans la région sous-claviculaire, qui lui ouvrit l'artère axillaire. Il fut apporté à l'hôpital de la Charité, où on lui lia l'artère sous-clavière. Des hémorrhagies lentes et répétées cependant finirent par compromettre son existence. Pâle et prêt à rendre le dernier soupir, ce jeune homme consentit encore à subir la transfusion qui lui était proposée. M. Roux pratiqua cette opération de la manière suivante : un élève prête son bras pour le sang nécessaire ; l'opérateur ouvre une veine du pli du coude du malade et y introduit une sonde de gomme élastique, puis après il saigne l'élève en recevant le sang dans une seringue plongée dans un seau d'eau chaude, et injecte enfin de suite une grande quantité de ce liquide par la sonde préparée dans la veine. Mais qu'est-il arrivé ? le malade mourut subitement, à l'instant même de l'opération. L'autopsie a démontré le cœur dans un état presque apoplectique : il était rempli de sang coagulé, aussi bien que les gros vaisseaux aboutissans et afférens. Tout le monde présent à l'opération et à l'ouverture du cadavre resta convaincu que le sang injecté l'avait été en trop grande quantité. Il est juste d'ajouter, en attendant, qu'au moment de l'opération le malade était presque mourant et qu'il serait infailliblement mort sans cela. Il est important enfin de dire que, dans quelques cas heureux de transfusion, on a injecté jusqu'à quatorze onces de sang avec un succès très-complet.

§ II. *Opération.* Toutes les veines sur lesquelles on pratique la phlébotomie pourraient à la rigueur servir pour la transfusion du sang ; généralement cependant on choisit de préférence celles du pli du bras, parce qu'elles paraissent réellement plus commodes que les autres. On exclut les veines des membres inférieurs, parce qu'elles sont trop éloignées du cœur ; je ne sais pourtant si cette circonstance ne serait pas plutôt un avantage, car on pourrait peut-être introduire par cette région une très-grande quantité de sang dans l'organisme sans craindre une forte congestion subite dans le cœur. On évite également les jugulaires pour cette opération, dans la crainte d'introduire de l'air dans la veine ; mais cette crainte ne me paraît pas bien fondée, car on peut très-bien éviter cet inconvénient par le procédé que nous allons décrire. Nous pensons en conséquence que, dans le cas où l'opération en question ne pourrait pas être pratiquée au pli du bras on peut sans inconvénient s'adresser à une autre veine de toute autre région de la surface du corps.

Appareil. Les pièces nécessaires pour cette opération sont : 1° un cordon à saignée ; 2° un bistouri à tranchant convexe et une lancette ; 3° une pince à disséquer : 4° deux petites seringues pouvant chacune contenir trois à quatre onces de sang ; le bec de chaque seringue doit

être garni d'un morceau de sonde de gomme élastique de la longueur de deux à trois pouces, dans laquelle le bec de l'instrument se trouve forcément adapté : les seringues ainsi préparées seront chauffées à la température normale du sang dans de l'eau à 30 ou 32 degrés ; 5° un morceau d'une grosse bougie pleine, ou bien de sonde de gomme élastique, mais dont les trous se trouvent parfaitement bouchés par de la cire, afin de ne point donner passage à l'air ; 6° enfin quelques petites éponges, un vase contenant de l'eau, et une personne bien portante, qui prête son bras pour en extraire le sang nécessaire à l'opération.

Manuel. On commence par faire gonfler les veines de la personne d'où le sang doit être tiré à l'aide d'une ligature à phlébotomie ; on en fait autant sur le bras du malade. Le chirurgien choisit ensuite dans le pli du coude de ce dernier la veine la plus grosse et la plus convenable pour l'injection, savoir la céphalique médiane, ou bien la cubitale superficielle, ou bien enfin la radiale, ou même la bassilique ; il pratique avec le bistouri une incision de deux pouces environ de longueur sur la direction de la veine, met ce vaisseau parfaitement à découvert dans la même étendue, aussi exactement que s'il s'agissait d'une préparation anatomique. L'opérateur ouvre alors largement, et dans le sens de son grand axe, cette veine à l'aide de la lancette ou du même bistouri, et empêche le sang de sortir en faisant comprimer au-dessous ; il introduit de bas en haut dans l'intérieur de ce canal la sonde, afin de s'assurer du libre passage et de prévenir les difficultés de l'introduction du bec de la seringue ; il ôte alors le lac constricteur du bras du malade, et confie les choses préparées de la sorte à un aide intelligent. Le chirurgien saigne ou fait saigner la personne bien portante et reçoit le sang dans la seringue ; il fait arrêter momentanément la saignée et injecte de suite le sang de cette première seringue dans la veine ouverte du malade, après avoir toutefois extrait l'air qui est dans le bec en poussant un peu le piston et avoir tiré la sonde conductrice préalablement introduite dans la veine. La sonde élastique du bec de la seringue doit, comme la sonde conductrice, être introduite doucement de bas en haut. Cette opération doit être faite très-rapidement quant au manuel, mais une lenteur extrême doit être apportée dans la pression du piston. Il est bon aussi de tenir le bras élevé pendant l'opération, et de faire exercer quelques frictions ascendantes sur le membre si on le juge nécessaire pour la marche du sang. Si l'opérateur croit devoir injecter une seconde dose du sang, il la fera préparer dans l'autre seringue comme dans le cas précédent. Il ne faut pas cependant se hâter trop à cet égard, il faut au contraire attendre, avant de venir à la seconde injection, que le cœur ait, pour ainsi dire, digéré le sang de la première. Il serait peut-être possible de faire passer le sang de bras à bras à l'aide d'une sonde de communication sans seringue, mais cette méthode exige encore d'être confirmée par quelques expériences avant d'être présentée comme admissible dans la pratique. L'opération terminée, on pansera la plaie par première intention. Si quelque menace de phlebite a lieu, il faut traiter la partie par des compresses souvent trempées dans de l'eau froide. Les deux exemples suivans viennent à l'appui des considérations que nous venons d'émettre.

Une femme de quarante-un ans, mère de plusieurs enfans, d'une constitution délicate, fut prise d'une métrorrhagie très-grave ; elle devint bientôt pâle, insensible et mourante par suite de la perte abondante de sang. On prescrivit des fomentations d'eau-de-vie sur le ventre, une potion composée d'extrait de rathania, d'eau de cannelle, de teinture de cannelle, d'éther acétique, dont la malade prit deux cuillerées de suite. On fit en outre des injections astringentes dans l'utérus, mais le tout inutilement. La malade était sur le point d'expirer, lorsque les docteurs Klett et Schraëgle ont la pensée de recourir à la transfusion. On injecte deux onces de sang tiré de la veine du mari de la malade ; l'effet en est surprenant ; la malade ouvre presque instantanément les yeux, le pouls reparaît et la figure reprend son aspect normal. La métrorrhagie cesse, et la femme reprend peu à peu sa santé primitive.

Une femme, âgée d'une trentaine d'années, éprouva, après son troisième accouchement, une hémorrhagie foudroyante par rétention placentaire. Une faiblesse extrême, puis après des lypothimies répétées, mirent bientôt la malade dans un grand danger. On prescrivit du vin mêle à de l'eau de cannelle ; la connaissance revint un peu. On fit en attendant l'extraction du placenta, et l'on vida la matrice des caillots qu'elle contenait ; mais le sang repartit immédiatement après, et la malade paraissait sur le point d'expirer. Le docteur Schneeman pratiqua sur-le-champ la transfusion à l'aide d'une seringue à long bec ; il injecta sept à huit onces de sang, qu'il tira du bras du mari de la malade. Une demi-heure après, la femme commença à revenir ; on lui fit avaler du vin et quelques autres fortifians. Trois heures après, elle était hors de tout danger. La métrorrhagie a été arrêtée, et la malade guérie parfaitement.

L'objection qui se présente naturellement à l'occasion de la transfusion, c'est la possibilité de la coagulation du sang qu'on injecte dans la veine. Nul doute que, si l'on néglige les précautions que nous venons d'indiquer dans les différens temps de l'opération, le sang peut se coaguler, ou plutôt se décomposer dans la veine et embarrasser ou rendre impossible l'opération ; mais aussitôt que le sang a été injecté, le danger est nul si la vie du vaisseau n'est pas éteinte. Effectivement, J. Hunter a observé que dans une hématocèle de la vaginale testiculaire arrivée après une opération d'hydrocèle par ponction, le sang resta parfaitement liquide pendant deux mois qu'il demeura renfermé dans la séreuse de la glande séminale ; ce ne fut qu'après cette époque, lorsqu'on lui donna issue à l'aide d'une incision, qu'il se coagula sur-le-champ. L'on sait d'ailleurs que le sang humain, sucé par une sangsue, reste à l'état parfaitement liquide pendant six mois, et même davantage, dans le tube alimentaire de cette anhélide, et qu'il se coagule enfin presque ins-

tantanément aussitôt qu'on le tire du corps de la sangsue. M. A. Cooper a prouvé par une expérience très-simple que tant que les parois d'une veine continuent à vivre, le sang qui y est contenu se coagule difficilement. Ayant disséqué et lié sur deux points la jugulaire d'un chien, ce célèbre praticien a vu que le sang ainsi renfermé dans la veine se coagulait beaucoup plus tard que celui de l'autre veine jugulaire du même animal, qu'il excisait pleine de sang après l'avoir liée de la même manière.

Une dernière remarque enfin que nous ne devons pas omettre dans le sujet qui nous occupe, c'est que les personnes chez lesquelles on a pratiqué heureusement la transfusion restent longtemps d'une pâleur remarquable. Cela tient à la lenteur extrême que la nature met dans la reproduction de la partie colorante du sang (hématosine). Une pareille circonstance ne doit donc faire rien augurer de fâcheux, car le travail organique consécutif remédie parfaitement à cette suite inévitable des grandes hémorrhagies.

ROGNETTA.

De l'efficacité des injections de nitrate d'argent dans les écoulemens anciens et récens de l'urètre.

Nos lecteurs se rappellent combien de fois nous avons, depuis deux ans, saisi l'occasion de nous expliquer sur l'action avantageuse du nitrate d'argent fondu dans les inflammations chroniques des membranes muqueuses. Ils savent que nous avons considéré ce moyen comme l'un des meilleurs modificateurs que l'on puisse employer dans ces sortes de maladies, et que par conséquent nous l'avons préconisé, surtout contre les rétrécissemens chroniques de l'urètre et du canal nasal.

Nous sommes bien aise d'apprendre aujourd'hui qu'un des professeurs qui honorent l'école de Montpellier, M. Serre, travaillait dans la même direction que nous à cet égard, et que les résultats que ce chirurgien en a obtenus sont absolument conformes aux nôtres.

M. Serre vient de publier une brochure sur ce point de thérapeutique dont la lecture doit être recommandée à ceux qui s'occupent de cette branche de l'art chirurgical. Un grand nombre de blennorrhagies chroniques et rebelles chez l'homme ont été heureusement et promptement guéries par lui au moyen des injections de nitrate d'argent poussées dans l'urètre et jusque dans la vessie, à la dose d'un quart de grain de sel par once d'eau. Il est bon, dit M. Serre, que la seringue dont on se sert pour ces injections soit en ivoire plutôt qu'en métal, et que la solution employée soit récemment préparée. Cette dose, du reste, doit être modifiée suivant les résultats qu'on en obtient. L'auteur propose aussi les mêmes injections contre les catarrhes vésicaux, ce qui nous paraît très-rationnel. La vessie doit d'abord être vidée de toute l'urine qu'elle contient avant que l'injection ne soit pratiquée. L'expérience cependant n'a pas encore suffisamment confirmé les avantages de cette dernière application.

D.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations sur les extraits des solanées contenant la fécule verte; par MM. MARTIN-SOLON et SOUBEIRAN.

Les extraits préparés avec des sucs non dépurés, et contenant par conséquent la fécule verte des plantes, ont été vantés par Storck pour un assez grand nombre de plantes actives, et sont généralement considérés comme de bons médicamens. Dans le plus grand nombre de plantes, ce que l'on nomme si improprement fécule verte est un mélange de chlorophyle de glutine coagulée, et de débris de tissu, toutes substances sans la moindre importance médicale; mais on aurait tort de vouloir conclure de la généralité à quelques faits particuliers, et il est fort douteux que ce qui est vrai pour le plus grand nombre de végétaux, savoir l'inutilité de la fécule verte comme médicament, soit également vrai pour les végétaux actifs sur lesquels Storck a expérimenté; mais on peut au moins conserver quelques doutes à ce sujet et refuser d'adopter l'opinion des pharmacologistes qui, considérant la fécule verte comme la seule partie active de ces plantes, n'ont pas hésité à remplacer celles-ci dans plusieurs préparations par la fécule verte qu'ils en avaient séparée. Si cette opinion était fondée, les sucs débarrassés de la fécule verte par la coagulation devraient être dépouillés de toutes les propriétés médicales qui les font rechercher; or, on sait positivement que c'est le contraire.

En l'absence d'observations chimiques qui nous fassent connaître la composition de la fécule verte des solanées, nous avons voulu consulter l'expérience médicale à ce sujet; car, si cette fécule verte est active, il faut la conserver dans les extraits; il faut, au contraire, les en dépouiller si elle ne fait qu'augmenter leur masse sans ajouter rien à leur propriété. Il n'est sans doute pas nécessaire de dire que nos expériences ayant été faites sur la belladone, la jusquiame et le stramonium, nos conclusions s'appliquent seulement à ces plantes, et que nous ne prétendons nullement les étendre par induction à la fécule verte d'autres végétaux.

Nous avons fait des essais avec deux sortes de fécule verte: la première, que nous appellerons matière insoluble des sucs, est la matière qui est tenue en suspension dans le suc que l'on vient d'obtenir en brisant le tissu de la plante et en soumettant à l'expression. Elle a été séparée toujours en passant le suc à travers un linge clair pour en séparer les débris grossiers de tissu, et en recevant la matière insoluble sur un filtre; elle était ensuite purifiée par plusieurs lavages à l'eau pure.

La seconde espèce de fécule verte, que nous avons désignée par le nom de fécule verte obtenue par coagulation, est le coagulum qui se fait dans le suc quand celui-ci, après avoir été passé seulement à travers un linge clair, est chauffé au bain-marie; il contient toutes les matières qui composent la première espèce de fécule verte, plus l'albumine qui est coagulée par l'effet du

feu, et les matières que cette albumine peut enlever au suc pendant sa coagulation. Cette fécule coagulée a été purifiée également par des lavages avant de servir aux expériences.

Comme les fécules vertes des plantes, et surtout la deuxième espèce, prennent beaucoup de densité en séchant, et qu'il aurait pu être difficile de les diviser alors suffisamment pour que l'effet médical fût assuré, nous avons eu le soin, pendant qu'elles étaient encore humides et sans ténacité, de les broyer avec du sucre et de faire sécher le mélange à l'étuve; nous avons pu faire alors des poudres très-divisées. Mais on n'a tenu compte dans les expériences que de la dose réelle de fécule verte qui se trouvait dans la poudre composée.

Matière verte insoluble de belladone.

La fécule verte de belladone a été administrée à deux malades : chez la première femme, de soixante ans, atteinte d'un catarrhe et d'une gastrite chronique, on a commencé par un grain, et la dose a été augmentée d'un grain tous les jours; le dixième jour seulement on a pu observer quelque effet; la malade disait qu'elle voyait voltiger devant elle de petits corps blancs. La dose a été poussée jusqu'à quatorze grains sans que la malade ait éprouvé aucune modification de la pupille, aucun symptôme de céphalalgie, sans qu'aucune modification du pouls se soit fait apercevoir, sans qu'il soit survenu aucun rêve, ni qu'il se soit manifesté aucun trouble dans les fonctions digestives.

La seconde observation a été faite sur sur une femme de trente-trois ans, convalescente d'un rhumatisme articulaire. La dose de fécule verte a été portée chez elle jusqu'à vingt grains sans que l'on ait obtenu aucun effet appréciable.

Fécule verte de belladone obtenue par coagulation.

La première observation a été faite sur une femme de vingt ans, affectée de douleurs rhumatismales. On a commencé par deux grains de fécule verte coagulée, et la dose a été augmentée de deux grains par jour. A quatorze grains, la malade s'est plaint de mal de gorge; le sommeil a été bon, mais elle a rêvé haut contre son habitude; elle a eu de temps en temps des contractions brusques et passagères dans les jambes. Quand la dose a été de seize grains, la malade a beaucoup souffert de la gorge; elle a eu des rêves tristes et effrayans; sa tête est devenue pesante : les pupilles ne se sont pas dilatées; le pouls n'a pas cessé d'être régulier, et les douleurs de rhumatisme ont cessé.

On a suspendu l'emploi de la fécule verte, et le surlendemain tous les symptômes avaient disparu complétement.

La seconde observation a été faite sur un jeune homme de vingt ans, phthisique. A seize grains seulement, le malade s'est plaint que son sommeil n'était pas aussi tranquille que les jours précédens; on n'a observé d'ailleurs aucun autre symptôme.

Chez une troisième malade, âgée de quarante-quatre ans, phthisique, les premières atteintes du mal de gorge se sont fait apercevoir quand la dose de coagulum a été portée à dix grains; à quatorze grains le mal de gorge a augmenté, il y avait un peu de céphalalgie, la pupille n'était pas dilatée; à seize grains il se manifesta de légers tremblemens dans les mains; mais le sommeil resta tranquille. En augmentant la dose, les tremblemens sont devenus plus forts; l'état de la malade d'ailleurs n'a pas changé. On a suspendu l'emploi du médicament.

Fécule verte insoluble du suc de jusquiame noire.

Un seul essai a été fait avec la fécule séparée par la filtration du suc de jusquiame non chauffé. Le malade, âgé de vingt-deux ans, était convalescent d'une pneumonie. A la dose de dix grains on n'observa aucun effet; douze grains de fécule verte déterminèrent un peu d'affaiblissement de la vue; il n'y eut pas de rêves, mais le sommeil fut un peu agité.

Fécule verte de jusquiame obtenue par coagulation.

L'essai fut fait sur un malade affecté de céphalalgie habituelle. La dose de coagulum fut augmentée tous les jours de deux grains. A dix grains le sommeil fut agité, il n'y eut aucun symptôme de dilatation de la pupille; à quatorze grains le malade dormit davantage, mais il se plaignit d'inquiétude dans les jambes; à dix-huit grains il y eut des nausées, le sommeil diminua, il fut interrompu par des rêves; la tête était lourde. On cesse l'usage de la fécule verte. Le lendemain tous ces symptômes avaient disparu.

Fécule verte de stramonium.

Des essais analogues ont été faits, soit avec la fécule verte obtenue par la filtration du suc de stramonium non chauffé, soit avec le coagulum vert qui se fait dans le suc non dépuré quand on l'expose à l'action du feu. Ni l'un ni l'autre de ces produits n'a déterminé d'effet physiologique ou thérapeutique sur dix malades atteints de différentes affections chroniques auxquels ils ont été administrés. On a commencé par les donner à la dose d'un grain, qui a été élevé graduellement à vingt grains sans que l'on ait pu constater de modification ni dans la sensibilité générale, ni dans la sensibilité oculaire, sans que la sensibilité de l'appareil digestif ait éprouvé aucun soulagement appréciable. Chez quelques malades on a administré du premier coup cinq grains de ces matières, puis quinze grains, puis vingt grains, sans obtenir de résultats. Enfin chez deux malades on a fait prendre chacune de ces substances en commençant par dix grains; on en a donné vingt le lendemain, et les sujets n'ont éprouvé aucun effet.

D'après les résultats des expériences précédentes, n'est-il pas permis de douter que la fécule verte qu'on laisse dans les extraits obtenus avec les sucs de solanées

puisse ajouter quelque chose à leurs propriétés ; n'est-il pas plus probable, au contraire, qu'elle diminue l'efficacité de ces médicamens en étendant la matière active de toute la proportion des principes inertes qui constituent la fécule verte des plantes ; nous disons principes inertes, parce que les effets qui ont été obtenus avec ces fécules vertes sont loin d'être comparables à ceux qui seraient produits par de pareilles doses d'extrait. S'il est vrai que ces fécules aient par elles-mêmes quelques propriétés, il faudra convenir qu'elles sont bien plus faibles que celles des principes que le suc retient en dissolution ; il ne serait même pas déraisonnable de penser que la faible action qui a été observée en elles dépend de ce qu'une partie des principes solubles du suc étaient restées mélangées au dépôt ; et ce qui donnerait quelque poids à cette opinion, c'est que l'action s'est montrée plus forte avec le coagulum obtenu à chaud, chez lequel l'état d'agrégation rend le lavage plus difficile. Nous sommes loin de vouloir affirmer cependant que les feuilles vertes des solanées ne doivent leur action médicale qu'au mélange d'un peu d'extrait soluble ; mais ce qui nous paraît impossible, c'est que la présence de ces fécules vertes diminue les propriétés médicamenteuses de l'extrait. Que si l'on voulait objecter les résultats obtenus par Storck et d'autres praticiens avec ces médicamens, il faudrait ne pas oublier que diminuer l'activité d'un médicament ce n'est pas le détruire, et surtout que Storck préparait ses extraits à une chaleur douce incapable d'altérer les sucs des plantes, à une époque où l'évaporation des liqueurs destinées à fournir des extraits se faisait au contraire, chez tous les pharmaciens, par une ébullition prolongée, au grand détriment de la qualité du produit. Du reste nous accordons volontiers que nos expériences n'ont pas été assez nombreuses pour décider définitivement la question, mais elles auront au moins pour résultat d'appeler sur ce point l'attention des observateurs.

M. S. et S.

BULLETIN DES HOPITAUX.

—

Phlegmon oculaire. — L'inflammation phlegmoneuse de l'œil et des autres tissus intra-orbitaires constitue quelquefois une maladie des plus formidables. Par l'intermédiaire du périoste de l'orbite et de la gaîne du nerf optique, qui, comme on sait, émanent de la dure-mère cérébrale, cette phlogose peut parfois se transmettre jusque dans boîte crânienne, et devenir mortelle ainsi que nous l'avons plusieurs observé, surtout à l'occasion de certains érysipèles phlegmoneux de la peau. L'on sait d'ailleurs qu'une demoiselle dont parle le célèbre Louis mourut des suites d'un phlegmon oculaire survenu dans la période de desquamation de la petite-vérole dont elle avait été atteinte, et que la sœur de cette personne n'échappa à la mort que par la rupture spontanée de l'œil, qui donna une prompte issue à la matière purulente. Nous avons aussi vu des phlegmons traumatiques de l'œil produire un délire très-grave, et se terminer ensuite par la fonte purulente de l'œil et par des abcès intra-orbitaires de difficile guérison. Voici un fait que nous avons maintenant sous les yeux :

Un boulanger âgé de trente ans, d'une bonne constitution, couché au numéro 30 de la salle Sainte-Marthe de l'Hôtel-Dieu, s'est exposé à la chaleur excessive de l'ouverture d'un four, alors qu'il avait déjà une légère phlogose à l'œil gauche. Des douleurs poignantes se sont bientôt après déclarées dans l'œil affecté, et ont été suivies d'un gonflement énorme de paupières, et d'une exophthalmie considérable ; en même temps photophobie absolue, pyropsie ou vision ignée, insomnie, fièvre, délire et réaction gastrique. Il est resté huit jours dans cet état, et n'a demandé à entrer à l'hôpital qu'après cette époque. Arrivé à l'Hôtel-Dieu, un traitement énergique et prompt était indispensable ; eh bien, le croira-t-on ! à la première clinique chirurgicale de France, à l'une des plus renommées de l'Europe, on n'a rien fait à ce malade, pas même une saignée ! On a assisté les bras croisés à la marche ascendante et effrayante de ce phlegmon qui a déterminé la fonte purulente de l'œil et d'une partie des tissus de l'orbite. Aujourd'hui, vingtième jour du début de la phlogose, le mal est irrémédiable, le dégorgement suppuratif des tissus enflammés se fait par degrés ; les paupières et le moignon oculaire regagnent petit à petit leur position et leurs dimensions naturelles : le malade guérira, mais il a perdu l'œil.

L'expérience nous a démontré que la médication la plus avantageuse pour étrangler en quelque sorte l'inflammation dont il s'agit, et pour s'opposer à ses progrès lorsqu'elle est déclarée, consiste dans la saignée de l'artère temporale ou de la jugulaire, suivies s'il est nécessaire de continuer les émissions sanguines, de la saignée du pied. A cet ordre des moyens il faut associer comme dérivative la potion stibiée et tartarisée d'après la formule suivante :

Prenez : Tartre stibié.	2 grains.
Crême de tartre.	1 once.

Dissolvez dans une livre d'une légère infusion de feuilles d'oranger, et ajoutez une once de sirop diacode. Le malade en prendra de demi-heure en demi-heure environ trois travers de doigt d'un verre ordinaire, en ayant soin d'édulcorer chaque fois suffisament la solution soit avec du sucre ou du sirop de violettes afin de prévenir le vomissement. Le médecin couvrira toute la région malade et la partie voisine du front, de la tempe et de la joue, de compresses fines et doubles, trempées de demi-heure en demi-heure dans de l'eau froide. On pourra remouiller les mêmes compresses à l'aide d'une éponge pour n'être pas obligé de déran-

ger chaque fois l'appareil, ce qui incommoderait certains malades. J'ai vu quelques sujets éprouver du mieux-être à chaque arrosement d'eau froide et d'autres chez lesquels l'eau dégourdie était mieux supportée.

Au moyen de ce traitement, aussi simple qu'efficace, j'ai observé des phlegmons oculaires très-graves, qui se seraient sans doute terminés fâcheusement par toute autre médication, se dissiper en peu de jours, et laisser dans leur intégrité les fonctions et la force de l'organe oculaire.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

FÉVRIER 1836.

Analyse de calculs sur un calcul formé d'oxalate, de carbonate de chaux et de matière animale ayant de l'analogie avec la matière colorante du sang; par A. Bouchardat; agrégé à la Faculté de Médecine, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

M. le docteur Menière me remit plusieurs calculs extraits du rein d'une jeune fille de vingt ans, pour les soumettre à l'analyse chimique. Cette jeune fille avait succombé par suite de cette affection : par un fatal hasard elle n'avait qu'un seul rein. Ces calculs pesaient en tout deux grammes : ils avaient tous une teinte blanchâtre due à un enduit léger recouvrant la surface du calcul, qui était brunâtre. Le calcul principal pesait 1, 2. Il présentait une forme assez remarquable : il était arrondi et recouvert d'un grand nombre d'éminences, dont quelques-unes étaient très-étendues. Les éminences les moins prononcées donnaient une représentation assez fidèle de la forme particulière au calcul d'oxalate de chaux qui lui a fait donner le nom de calcul mural.

Une portion de calcul fut réduite en poudre et traitée par l'éther ; ce dissolvant n'enleva qu'une portion très-faible d'une matière grasse. Ce même calcul, traité par l'eau bouillante, n'a rien fourni à ce dissolvant; la pierre fut ensuite traitée par la potasse caustique en dissolution assez étendue, qui se colora promptement en brun. La saturation de ce liquide donne une matière animale, insoluble dans l'eau et dans l'acide hydrochlorique étendu. Cette matière n'était point de l'acide urique, mais paraissait être plus sûrement de l'albumine ou de la fibrine altérée, mélangée de matière colorante du sang également altéré. La petite quantité, qui était à ma disposition, ne me permit point de la soumettre à des expériences plus étendues. J'ajouterai cependant qu'une partie de cette matière, décomposée par le feu, puis traitée par l'acide hydrochlorique, donne par le prussiate de potasse un précipité abondant de bleu de Prusse. La présence du fer dans ce produit, en quantité notable, est un argument en faveur de l'opinion, qui fait regarder cette matière comme de la matière colorante du sang altéré.

Une autre portion de pierre, traitée directement par l'acide hydrochlorique étendu, a fait une effervescence assez vive d'acide carbonique ; à l'aide de la digestion toute la partie inorganique du calcul s'est dissoute, le liquide évaporé a fourni des cristaux circulaires d'oxalate de chaux ; le résidu incristallisable consistait en hydrochlorate de chaux que j'ai dosé en précipitant la chaux par l'oxalate d'ammoniaque.

En résumé, l'analyse de ce calcul nous présente de particulier : 1° sa situation dans le rein avec sa forme extraordinaire; 2° sa composition qui présente un exemple non encore signalé d'association de carbonate de chaux et d'oxalate de chaux ; 3° la présence du fer en quantité notable dans la portion organique de ce calcul, fait qui indique que cette matière est en grande partie le principe colorant du sang altéré. Voici approximativement les nombres représentant la composition de ce calcul : oxalate de chaux, 0,4 ; carbonate de chaux, 0,2 ; matière colorante du sang et perte, 0,4.

Sur un gravier d'oxalate de chaux blanc et transparent cristallisé. Un de mes confrères me remit dernièrement pour l'analyse un petit gravier qu'il avait rendu à la suite de douleurs vives dans le rein gauche. Il avait déjà montré ce petit calcul à un célèbre physiologiste, qui, d'après les apparences physiques, lui avait dit que c'était la gravelle transparente, formée d'oxide cystique.

Ce gravier, du poids de 1 grain, présentait bien pour les caractères physiques la plus grande analogie avec la cystine. C'était en effet une masse translucide, cristallisée irrégulièrement, mais il ne se dissolvait ni dans la potasse caustique, ni dans l'ammoniaque, et en effet les réactifs chimiques nous démontrèrent que nous avions affaire à de l'oxalate de chaux mêlé de très-peu de matière organique.

Sur les pierres météoriques ; par J.-J. Berzélius. (Annales der Physik und Chimie, vol. 33, pag. 1).

(Extrait par M. Vallet).

L'auteur de cette intéressante monographie examine d'abord qu'elle est l'origine la plus probable des pierres météoriques. L'opinion qui les attribuait aux éruptions des volcans terrestres n'a pu se soutenir à cause de la grande distance qui séparait le lieu de leur chute des

volcans, et aussi à cause de la différence qui existe entre les produits volcaniques ordinaires et les pierres météoriques. On ne saurait non plus admettre qu'elles soient formées par les principes constituans ordinaires ou accidentels de l'air. Anaxagoras soupçonna qu'une pierre tombée de son temps à *Ægos Potamos* avait été jetée par un autre monde. Cette opinion renferme probablement la vérité et se trouve appuyée par les recherches de notre époque. Olbers, dans un rapport sur la chute d'une pierre météorique qui avait eu lieu à Sienne en Italie, le 16 juillet 1794, émit, en 1795, l'idée que ces sortes de pierres pouvaient être lancées par la lune; mais il lui parut plus vraisemblable qu'elles venaient du Vésuve. Laplace, en 1802, adopta la même opinion.

Le côté de la lune qui est tourné vers nous est rempli d'élévations, et il s'y trouve beaucoup de montagnes dont la configuration est tout à fait semblable à celle des volcans de notre terre, qui sont munis de cratères: elles ont de si grandes dimensions, qu'on peut avec de bons télescopes voir dans les cratères et distinguer très-bien qu'une moitié des parois internes est éclairée par le soleil et que l'autre est dans l'ombre, tandis que l'ouverture circulaire du cratère est proéminente. On peut donc présumer que ces montagnes doivent leur forme à la même cause que celles de la terre, c'est-à-dire aux éruptions : mais si la force qui produit des éruptions dans la lune est aussi considérable que la force de projection des volcans terrestres, les corps rejetés doivent beaucoup plus s'éloigner de la lune que de la terre; car, 1° la masse de la lune ne représente que 1,45 pour cent de celle de la terre, et la pesanteur dans la lune est dans le même rapport, 2° la lune n'a pas d'atmosphère ou au moins n'en a qu'une si rarefiée, que dans les éclipses des étoiles fixes par la lune on n'y peut apercevoir aucune réfraction des rayons. La projection a lieu par conséquent dans un espace vide d'air, sans qu'une résistance mécanique soit opposée au mouvement des corps lancés, pareille à celle que présente l'atmosphère de la terre, où le corps parvient bientôt à l'état de repos; 3° si la projection est dirigée vers la terre, l'attraction de la terre pour les corps projeté augmente continuellement, tandis que celle de la lune diminue de plus en plus; 4° la limite de l'équilibre entre la terre et la lune est beaucoup plus rapprochée de cette dernière.

Différentes circonstances dans les pierres météoriques s'accordent bien avec ce que nous croyons savoir sur la lune. Ces pierres offrent du fer métallique, qui, lorsqu'on humecte la pierre avec de l'eau aérée, passe peu à peu à l'état d'hydrate de tritoxide de fer, ainsi que cela a lieu dans des circonstances semblables avec les minéraux de la croûte terrestre : il y a donc dans leur gissement primitif manque d'air, ou tout à la fois d'air et d'eau. Les recherches astronomiques n'ont aussi trouvé sur la lune aucune trace de collections d'eau assez considérables pour pouvoir être découvertes avec de bons télescopes. M. Berzélius ne croit pas qu'on ait rencontré dans les pierres météoriques de l'eau combinée chimiquement. Nous verrons par la suite de ce travail que la majeure partie des pierres météoriques se ressemblent tellement par leur composition, qu'on peut les considérer comme provenant de la même montagne, c'est-à-dire du point culminant et central du côté de la lune qui est toujours tourné vers la terre. Un petit nombre seulement a offert un aspect différent, et il est probable que celles-ci viennent d'autres montagnes de la lune placées sur les côtés.

Toutefois, il est possible aussi que les pierres météoriques proviennent d'un autre globe. Olbers admit, comme on sait, la supposition que les petites planètes entre Mars et Jupiter pourraient bien être des fragmens d'une planète brisée, supposition qui a amené la recherche de plusieurs de ces fragmens, et la découverte de l'un d'eux par Olbers lui-même. Si une pareille catastrophe a eu lieu, ce qui semble confirmé par l'angle considérable que forme le cours de Pallas avec celui des autres planètes, un nombre infini de petits fragmens doit être projeté dans des directions telles, que leur cours autour du soleil décroisse, qu'ils rencontrent alors sur leur route la sphère d'attraction d'autres planètes et qu'ils y tombent.

De ces considérations préliminaires sur l'origine des pierres météoriques, M. Berzélius, passe à l'examen chimique de plusieurs d'entre elles. Ne pouvant réproduire ici les procédés, dont il s'est servi dans ses analyses, nous nous bornerons à faire connaître les résultats auxquels il est arrivé, et les conclusions qu'il en a retirées.

I. *Pierre météorique de Blansko.*

Cette pierre qui a fourni à M. Berzélius l'occasion de ce travail, est tombée le 25 novembre 1833, à six heures un quart du soir, dans le voisinage de Blansko en Moravie. Comme à l'ordinaire elle produisit un feu très-brillant et sa chute fut précédée d'un bruit semblable au tonnerre; M. Reichenbach, qui fut témoin de ce phénomène, ne put recueillir que quelques fragmens; la masse principale n'a pas été encore découverte, surtout parce que la contrée est très-boisée.

Elle appartient aux pierres météoriques qui se présentent le plus communément, et peut en conséquence être rangée auprès de celles de Benares, de l'aigle, de Berlongville, etc.; sa description ne diffère donc pas de la leur. Une portion est attirable à l'aimant, l'autre ne l'est pas. Cette dernière s'est trouvée en partie soluble et en partie insoluble dans les acides : la partie insoluble a donné pour cent parties :

			Proportion d'oxigène.
Silice.	33,084		17,192
Magnésie.	36,143	14,00	
Protoxide de fer.	26,935	6,01	
Protoxide de manganèse.	0,465	0,12	
Oxide de nickel mêlé d'étain et de cuivre.	0,465	0,10	20,52
Alumine.	0,329	0,10	
Soude.	0,857	0,12	
Potasse.	0,429	0,07	
Perte	1,273		
	100,000		

La portion non magnétique et insoluble dans les acides a été analysée partie avec du carbonate de baryte et

partie avec du carbonate de soude, et a donné des résultats qui diffèrent un peu :

	Carb. de baryte.	Carb. de soude.	Proportion d'oxigène.	
Silice.	57,145	57,012		29,626
Magnésie.	21,843	24,956	9,660	
Chaux.	3,166	1,437	0,412	
Protoxide de fer.	8,592	8,362	1,904	
Protoxide de manganèse.	0,724	0,557	0,124	14,338
Oxide de nickel mêlé d'étain et de cuivre.	0,021			
Alumine.	5,590	4,792	2,238	
Soude.	0,931			
Potasse.	0,010			
Chrôme et fer mêlés d'étain.	1,533	1,306		
Perte.	0,505	1,579		
	100,000	100,000		

Les petits globules arrondis qui se trouvent ordinairement dans les pierres météoriques, que Howard avait déjà observés, et qu'il avait essayé d'analyser, n'étaient pas non plus attribuables à l'aimant; les essais de M. Berzélius lui ont montré, comme à Howard, que ce n'est pas un minéral différent de la pierre météorique elle-même.

La portion attirable à l'aimant, ou le fer météorique, a donné :

Fer.	93,816
Nickel.	5,053
Cobalt.	0,347
Étain et cuivre.	0,460
Soufre.	0,324
Phosphore.	des traces.
	100,000

La pierre météorique de Blansko peut donc être considérée, sous le rapport minéralogique, comme formée :

D'un alliage de fer et de nickel contenant du cobalt, de l'étain, du cuivre, du soufre et du phosphore. 17,15

De silicate de magnésie et de protoxide de fer, dont les bases et la silice contiennent autant d'oxigène avec un peu de sulfure de fer. 42,67

De silicate de magnésie et de protoxide de fer, mêlé de silicates de potasse, de soude, de chaux et d'alumine, dans lesquels la silice contient deux fois autant d'oxigène que les bases. 39,43

De chrôme et de fer mêlés de pierre d'étain. 0,75

Il est à peine permis de douter que les quantités relatives des parties constituantes de ce mélange ne soient soumises à des variations dans différens fragmens de la pierre.

II. *Pierre météorique de Chantonnay.*

Cette pierre tomba à deux heures du matin le 5 août 1812, non loin de Chantonnay, dans le département de la Vendée : un fragment fut envoyé à M. Berzélius par feu M. Lucas minéralogiste français. L'aimant n'exerce aucune action sur elle : ainsi que la portion non magnétique de la pierre de Blansko, elle est formée sur cent parties de 51,12 parties solubles dans les acides et de 48,88 parties insolubles dans ces agens.

Les parties solubles contiennent :

		Proportions de l'oxigène.	
Silice.	32,607		16,96
Magnésie.	34,357	13.29	
Protoxide de fer.	28,801	6,56	20,04
Protoxide de manganèse.	0,821	0,19	
Oxide de nickel altéré par de l'oxide d'étain et de cuivre.	0,456		
Potasse et soude	0,977		
Perte.	1,971		
	100,000		

Les parties insolubles sont formées de :

		Proportions de l'oxigène.	
Silice.	56,252		29,75
Magnésie.	20,396	7,91	
Chaux.	3,106	0,88	
Protoxide de fer.	9,723	2,21	
Protoxide de manganèse.	0,690	0,16	
Oxide de nickel avec oxide d'étain et de cuivre.	0,138	0,05	14,34
Alumine.	6,025	2,81	
Soude.	1,000	0,26	
Potasse.	0,512	0,08	
Chrôme et fer.	1,100		
Perte.	1,070		
	100,000		

M. Berzélius s'est assuré, par des recherches ultérieures, que dans cette dernière analyse la quantité d'alliage de chrôme et de fer doit être portée à 1,7 pour cent, et que la pierre contient environ un dixième pour cent d'oxide d'étain.

III. *Pierre météorique de Lontalax.*

Cette pierre tomba, le 13 décembre 1813, auprès du village de Lontalax en Finlande. Elle a été décrite par Nordenskiöld, qui en a donné un fragment à M. Berzélius ; la portion attirable à l'aimant est formée d'oxide ferroso-ferrique. Le reste a donné à l'analyse :

	Pour la masse totale.	Pour la part. soluble en 100 part.	Proport. de l'oxigène.	
Silice	0,425	37,411		19,44
Magnésie.	0,344	32,922	12,74	
Protoxide de fer.	0,325	28,610	6,51	19,54
Protoxide de mang.	0,009	0,793	0,17	
Alumine.	0,003	0,264	0,12	
Oxides de cuivre et d'étain.	des traces.			
Potasse et soude.	*id.*			
Parties insolubles.	0,079			
	1,215	100,000		

On peut conclure, d'après cette analyse, que la partie soluble dans les acides est un silicate de magnésie et de protoxide de fer, vraisemblablement dans des proportions réciproques variables, mais dans lequel la silice contient autant d'oxigène que les bases : le minéral analysé ici donne assez naturellement la formule $fS + 2\,MS$: il y a toutefois lieu de supposer que la proportion atomique est accidentelle, et que l'olivine météorique contient ces silicates isomorphes dans des proportions variables.

La partie insoluble, qui équivalait à 6,37 pour cent du poids de la pierre, a donné environ un pour cent d'alliage de chrôme et de fer, mêlé d'oxide d'étain et de la magnésie, de la chaux, du protoxide de fer, de l'alumine et du protoxide de manganèse, dans des proportions qui semblaient montrer que cette portion insoluble a la même composition que celle des précédentes pierres météoriques.

IV. *Pierre météorique d'Alais.*

Cette pierre, tombée dans le voisinage d'Alais en France, le 15 mars 1806, à cinq heures et demie de l'après-midi est différente de toutes les autres : elle ressemble à un argile durci, et se délite dans l'eau avec une odeur argileuse. M. Thenard, qui l'a examinée le premier, y a trouvé, outre les parties constituantes ordinaires des pierres météoriques, une certaine quantité de charbon : ce fait a été confirmé plus tard par Vauquelin. Un petit échantillon de cette pierre, envoyé par M. Lucas à M. Berzélius, a servi aux recherches de cet habile chimiste. Une partie (12 pour cent) est attirable à l'aimant : il l'a trouvée composée d'une très-petite quantité de fer métallique, d'un peu de sulfure de fer et d'oxide ferroso-ferrique en majeure partie. Cette pierre traitée par l'eau lui a cédé une matière organique et 10 pour cent d'un sel qui ne contient pas de fer, mais bien un mélange de sulfate de nickel, de sulfate de magnésie, de sulfate de soude, de sulfate de potasse, de sulfate de chaux, avec une trace de sulfate d'ammoniaque. La masse météorique, débarrassée des substances solubles et séchée à 100° C., a été chauffée jusqu'au rouge dans un petit appareil distillatoire, et le gaz qui s'en dégageait dirigé dans un flacon renversé rempli d'eau de chaux. L'opération a donné :

Résidu noir.	88,146
Sublimé gris-brun.	0,944
Acide carbonique.	4,328
Eau.	6,582

1,382 du résidu noir ont fourni à l'analyse :

		Proportion de l'oxigène.	
Silice.	0,4315		21,5
Magnésie.	0,3070	11,88	23,09
Chaux.	0,0032	0,09	
Protoxide de fer.	0,4011	9,13	
Oxide de nickel.	0,0190	0,40	
Protoxide de manganèse.	0,0036	0,07	
Alumine.	0,0325	1,52	
Chrôme et fer.	0,0087		
Oxide d'étain mêlé de cuivre.	0,0110		
Résidu charbonneux insoluble.	0,1200		
Perte.	0,0640		
	1,3820		

L'analyse du résidu charbonneux insoluble a donné :

Charbon.	0,02586
Chrômure de fer mêlé d'oxide d'étain.	0,00525
Magnésie.	0,00500
Protoxide de fer.	0,02660
Oxide de nickel.	0,00550
Alumine.	0,00250
Oxide d'étain.	0,00200
Silice.	0,04620

La chaux manquait entièrement, la magnésie contenait une trace de protoxide de manganèse, et l'oxide de nickel une trace de cobalt. Il est évident que la portion insoluble de la pierre météorique d'Alais n'est pas de même nature que celle des précédentes.

On ne peut considérer cette pierre météorique que comme une motte de terre. La présence du fer métallique, du sulfure de fer et des oxides de nickel, de cobalt, d'étain, de cuivre et de chrôme qui y sont contenus, montre que cette terre a été formée par la masse météorique ordinaire, qui ici était principalement composée d'olivine météorique. Il n'y a par conséquent pas de doute que cette pierre, malgré les différences qu'elle présente dans son aspect extérieur, ne soit une pierre météorique qui, suivant toute vraisemblance, provient de la patrie ordinaire des pierres météoriques. Le charbon s'y trouve à l'état d'une combinaison qui, décomposée par la chaleur, donne lieu à un résidu de charbon et à un dégagement d'acide carbonique, seul ou accompagné d'eau. Dans le premier cas, le charbon se trouve combiné seulement avec l'oxigène de manière à former un corps semblable à l'acide mellitique; mais dans le dernier sa combinaison a lieu avec l'oxigène et l'hydrogène. Toutefois, on ne connaît pas encore de corps qui ne se transforme qu'en charbon, en acide carbonique et en eau. On voit, par ce qui précède que le résultat de M. Berzélius diffère un peu de celui de M. Thenard.

V. *Fer et olivine de Pallas.*

Cette masse météorique célèbre, que Pallas a fait connaître en Europe, gisait sur la crête d'une montagne de schiste, dans une contrée de Sibérie, entre Krasnojarsk et Abekansk. Pallas estima son poids à 1,600 livres ; elle était formée principalement d'un squelette de fer semblable à un pain bien levé, dont les cavités rondes, et serrées l'une contre l'autre, étaient remplies de cette olivine verdâtre comme vitreuse, dont il a été question plus haut.

D'après l'analyse qu'en a faite M. Berzélius le fer de Pallas débarrassé par le marteau de l'olivine est composé de :

Fer.	88,042
Nickel.	10,732
Cobalt.	0,455
Magnésium.	0,050
Manganèse.	0,132
Etain et cuivre.	0,066
Charbon.	0,043
Soufre.	des traces.
Résidu insoluble.	0,480
	100,000

Ce résidu insoluble est une partie tout à fait intéressante du fer météorique : c'est absolument la même combinaison de phosphore que M. Berzélius a déjà analysée et décrite dans ses Recherches sur le fer météorique de Bohumiliz. Elle est composée de :

Fer.	0,0146	48,67
Nickel.	0,0055	18,33
Magnésium.	0,0029	9,66
Phosphore.	0,0055	18,47
Perte.	0,0015	4,87
	0,0300	100,00

M. Berzélius a trouvé en outre que le fer de Pallas dissous à l'aide de la chaleur dans un acide un peu étendu laissait après que la liqueur s'était fortement saturée d'un sel de fer neutre, un squelette, de la forme du fer, noir, très-léger et très-poreux, formé sur cent parties de :

Fer.	57,18
Nickel.	34,00
Magnésium.	4,52
Étain et cuivre.	3,75
Charbon.	0,55
	100,00

avec une très-légère trace de phosphore. La présence du magnésium prouve que ce métal en combinaison avec le nickel et le fer est moins soluble que le fer lui-même.

L'olivine de Pallas a été examinée par Walmsted et par Stromeyer : le premier a trouvé que la composition de ce minéral pouvait parfaitement s'exprimer par la formule $\left.\begin{matrix}Mg\\f\end{matrix}\right\}S$. Le dernier, qui avait rencontré du nickel dans d'autres olivines, a trouvé, contre toute présomption, que l'olivine de Pallas n'en contient pas, bien qu'Howard ait déjà dit qu'il y a jusqu'à un pour cent d'oxide de nickel. Les résultats de M. Walmsted ont été vérifiés par ceux de M. Berzélius, ainsi que le prouve la comparaison des analyses de ces deux chimistes.

	W.	B.	Proportion de l'oxigène
Silice.	40,83	40,86	21,039
Magnésie.	47,73	47,35	18,32 } 21,08
Protoxide de fer.	11,53	11,72	2,67 } 21,08
Protoxide de manganèse.	0,29	0,43	0,09 } 21,08
Oxide d'étain.		0,17	
	100,39	100,53	

Deux olivines terrestres, l'une de Boscovich, en Bohême, l'autre provenant d'une des masses de lave du département du Puy-de-Dôme, ont été ensuite examinées par M. Berzélius, comparativement avec l'olivine météorique de Pallas, et lui ont offert, comme toutes les pierres météoriques étudiées précédemment, de l'oxide d'étain mêlé d'oxide de cuivre en quantité qui n'équivalait pas tout à fait à 0,2 pour cent.

VI. *Fer météorique d'Elbogen.*

Cette masse météorique, sur la chute de laquelle il n'existe aucun renseignement historique, mais qui paraît être tombée vers la fin du quatorzième ou au commencement du quinzième siècle, est maintenant conservée à Vienne ; M. Berzélius a trouvé le fer d'Elbogen composé de :

Fer.	88,231
Nickel.	8,517
Cobalt.	0,762
Magnésium.	0,279
Phosphures métalliques.	2,211
Soufre et manganèse.	des traces.
	100,000

Le nickel contenait de l'étain et du cuivre. Les phosphures métalliques insolubles ressemblent tout-à-fait à ceux du fer de Pallas et de Bohumiliz ; mais c'est de ceux du dernier qu'ils se rapprochent le plus par les proportions des principes constituans, ils sont formés de :

Fer.	68,11
Nickel et magnésium.	17,72
Phosphore.	14,17

Les phosphures métalliques du fer de Bohumiliz ont donné 65,977 fer, 15,008 nickel, 14,023 phosphore, 2,037 silice, 1,422 charbon.

Les recherches qui viennent d'être mentionnées montrent que les pierres météoriques sont des gangues mélangées de plusieurs minéraux dans des proportions variables. Ces minéraux sont les suivans :

1° *Fer natif.* Il forme quelquefois la masse principale de la pierre météorique ; cependant il n'en est pas, que l'on sache, tombé de semblable depuis 1802. Les pierres météoriques, dans lesquelles le fer est la partie dominante, ne se brisent pas dans leur chute, et constituent par conséquent les plus grandes masses météoriques que l'on ait trouvées ; le fer y forme tantôt une masse compacte, tantôt des parties arrondies grandes ou peti-

tes : ordinairement il est plein de cavités qui renferment une gangue. Le fer est mélangé d'autres métaux, surtout de nickel, dont la quantité ne paraît pas être constante ; il contient en outre de petites quantités de cobalt, de magnésium, de manganèse, d'étain, de cuivre, de soufre et de charbon, et quelquefois une trace de phosphore.

2° *Sulfure de fer.* Ce n'est pas de la pyrite magnétique, mais probablement un sulfure de fer qui contient un atome de chaque principe constituant. C'est ce qui explique sa faible polarité magnétique, ainsi que la grande promptitude avec laquelle les acides le décomposent en dégageant de l'hydrogène sulfuré. Il est intimement mélangé à la masse des pierres météoriques : il contribue probablement à leur couleur obscure, et n'est pas complétement attirable à l'aimant.

3° *Mine de fer magnétique.* Bien que le fer dans les pierres météoriques soit principalement à l'état de métal et au minimum d'oxidation, toutefois il se trouve bien certainement de l'oxide ferroso-ferrique dans celle de Lontalax et d'Alais : et la portion attirable à l'aimant en est formée en totalité dans la première, et en majeure partie dans la seconde.

4° *Olivine météorique.* Elle constitue environ la moitié de ce qui reste après l'extraction des parties magnétiques, et est décomposée par les acides en laissant un résidu de silice. Sa formule est absolument celle de l'olivine ordinaire, savoir : $\left.\begin{matrix}M\\f\end{matrix}\right\}S$, dont M et f varient dans des propositions relatives : elle contient, comme substitutions isomorphes, de petites quantités de silicates d'oxide de nickel et de protoxide de manganèse, ainsi qu'une portion d'oxide d'étain, comme l'olivine terrestre : il est digne de remarque qu'elle ne contient presque jamais de chaux.

5° *Silicates de magnésie, de chaux, de protoxide de fer, de protoxide de manganèse, d'alumine, de potasse et de soude insolubles dans les acides,* dans lesquels l'oxigène de la silice est le double de celui des bases : probablement ils constituent plus d'un minéral, savoir, un analogue au pyroxène :

$$\left.\begin{matrix}M.\\C.\\f.\end{matrix}\right\}S^2 \text{ et un autre analogue à la leucite } \left.\begin{matrix}M.\\C.\\N.\\K.\end{matrix}\right\}S + 3\,A\,S^2$$

La croûte noire qui recouvre la surface des pierres météoriques est la conséquence de la fusibilité de leurs silicates ; ceux-ci contribuent aussi à la fusion de l'olivine qui est infusible par elle-même.

Ce qui mérite surtout d'être noté, c'est que si les pierres météoriques étaient formées d'olivine terrestre et de pyroxène, leur couleur devrait être verte ou tout à fait noire à cause de l'oxidation plus avancée du fer : c'est une preuve suffisante que la croûte noir fondue n'a eu lieu que dans l'atmosphère terrestre.

6° *Alliage de chrôme et de fer.* Il est en vérité remarquable que ce minéral accompagne si constamment les pierres météoriques, attendu qu'on ne l'y trouve toujours qu'en très-petite quantité. Les expériences précédentes montrent qu'on l'en sépare sans altération ; toutefois, il s'en décompose toujours une partie dont il faut chercher les élémens dans l'oxide de fer séparé qu'ils suivent.

7° *Mine d'étain.* L'étain des pierres météoriques provient en partie du fer natif qui en contient, en partie d'une petite quantité d'oxide d'étain qui s'y trouve divisée avec le chrômure de fer, et qui dans le traitement analytique se dissout ou reste indissout avec ce dernier corps. L'oxide d'étain est mélangé de cuivre.

M. Berzélius pense qu'une étude plus approfondie des pierres météoriques sous le point de vue d'où il est parti, ferait indubitablement connaître encore un plus grand nombre de leurs principes constituans.

Si nous considérons les pierres météoriques comme des échantillons de gangues, et que nous les comparions avec celles de notre terre, nous y trouverons des différences essentielles, même en faisant abstraction du fer natif. La richesse en magnésie, qui est partout l'élément dominant, la pauvreté en silice et la faible proportion des silicates d'alumine et alcalins distinguent les gangues météoriques. C'est le contraire sur la terre : ici la silice est prédominante, et les silicates d'alumine et alcalins forment partout les principales parties constituantes. La magnésie est rare. La finesse du grain et la faible cohésion dans la texture des pierres météoriques pourraient faire croire qu'elles ont été rejetées à l'état de fusion, et qu'elles sont conséquemment comparables aux produits des volcans terrestres : toutefois, il ne paraît pas qu'il en soit ainsi. Si l'on examine avec soin la texture d'un gros fragment de pierre météorique, on le trouve fendillé, et ces fentes sont remplies d'une autre gangue, en majeure partie plus foncée, ce qui indique une formation plus lente et plus calme. Si l'olivine se trouve dans les produits des volcans terrestres et rarement dans d'autres, ce n'est pas une preuve que cette substance doive toujours être un produit volcanique. Elle est infusible, et se trouve enfermée dans les gangues volcaniques parce qu'elle ne peut entrer en fusion avec elles. Dans les pierres météoriques, au contraire, elle est si uniformément mêlée avec les autres principes constituans, que sa présence dans celles-ci est certainement due à une autre cause qu'elle ne l'est dans la lave et dans le basalte. La pierre météorique d'Alais prouve que, dans la patrie des pierres météoriques, des roches se sont décomposées sous l'influence de quelque accident géognostique, et se sont transformées en une sorte de terre, et que même cette masse, semblable à l'olivine et mélangé de fer natif, constituait la roche qui s'est brisée. La présence dans cette terre de sels solubles dans l'eau semble prouver que ce phénomène a eu lieu sans le concours de l'eau, ou dans une eau qui contenait des quantités assez considérables de ces sels pour qu'ils pussent rester après la dessiccation. La substance carbonisée, que cette terre contient à l'état de mélange, ne semble pas autoriser la conclusion que, dans la patrie originelle de cette terre, il y ait une nature organique.

Cette propriété de la terre semble, plus que toute autre circonstance, montrer que les pierres météoriques n'ont pas été rejetées à l'état de fusion et refroidies ensuite, parce que, dans de pareilles circonstances, la formation d'une terre n'est pas supposable.

Tout ce qui précède s'applique à la majorité des pierres météoriques, qui peuvent être considérées comme originaires d'une même contrée; mais trois d'entre elles ont offert une composition si essentiellement différente des autres, que l'on peut dire avec certitude qu'elles ne sont pas venues du même lieu, mais qu'elles sont originaires d'un autre globe ou bien d'une autre contrée sur celui qui nous a envoyé les autres. Elles ont au contraire tant de rapport entre elles, que l'on peut bien leur supposer une origine commune. Ce sont les pierres tombées à *Stannern* en Moravie, à *Jonzac* et *Juvénas* en France. La première a été examinée par Moser et puis par Klaproth : les deux autres l'ont été par Langier. Elles diffèrent des autres en ce qu'elles ne contiennent pas de fer natif, mais qu'elles constituent un aggrégat de mineraux évidemment séparables bien que les particules du mélange soient d'un très-petit volume, et en ce que le silicate de magnésie n'entre qu'en très-faible quantité dans leur composition. Elles contiennent au contraire, outre un peu de sulfure de fer, des silicates de chaux, d'alumine et de protoxide de fer. Elles renferment aussi du chrôme. Le rapport entre l'oxigène de la silice et celui des bases est tel, que le premier est plus considérable que le dernier, sans toutefois en être le double. Environ un tiers de leur masse (non compris la silice) est, d'après l'analyse que Langier a faite de la pierre météorique de Juvénas, soluble dans les acides, d'où l'on peut bien supposer que, dans la partie soluble, la silice et les bases contiennent une égale quantité d'oxigène; mais que dans la partie insoluble l'oxigène de la première est le double de celui des dernières comme dans les pierres météoriques précédemment décrites. G. Rose a examiné avec soin cette espèce de pierres météoriques, et a rendu vraisemblable l'opinion que ce sont des mélanges de Labrador et de pyroxène avec un peu de pyrite magnétique exempte de nickel, qui cependant n'est pas, d'après ses recherches, attirable à l'aimant.

L'exposition des analyses de Klaproth et de Langier montrera les différences qui distinguent ces trois pierres météoriques des autres.

	Stannern.	Jonzac.	Juvénas.
Silice.	48,25	46,00	40,0
Magnésie.	2,00	1,60	0,8
Chaux.	9,50	7,50	9,2
Protoxide de fer.	23,00	32,40	23,5
Alumine.	14,50	6,00	10,4
Oxide de manganèse.		2,80	6,5
Potasse.			0,2
Oxide de cuivre.			0,1
Oxide de chrôme.		1,00	1,0
Soufre.	2,75	1,50	0,5

Note sur les pierres météoriques et leur origine extraite du mémoire de F.-G. Fischer, inséré parmi ceux de l'Académie royale des sciences de Berlin en 1833, avec des additions ; par J.-J. Virey.

On paraît aujourd'hui se réunir à l'opinion du physicien Chladni, sur l'origine la plus vraisemblable de aérolithes. Il considérait ces masses comme isolées, voyageant dans l'espace libre, et qui, rencontrant la sphère de la terre sur leur route, y sont précipitées par l'attraction ou la force de la gravitation. Toutefois, cela n'explique nullement leur formation originelle, ni la profusion présumée immense de ces solides, comme de petites planètes invisibles circulant dans les espaces célestes, soit qu'elles servent à la construction de nouveaux globes planétaires, soit qu'elles soient, au contraire, les fragmens d'astéroïdes, des débris de mondes fracassés, l'obscurité de leur origine et les grandes analogies de leur composition chimique restent encore inexpliquées.

Le professeur Fischer a nouvellement soumis cette question intéressante à un examen approfondi; nous allons présenter un extrait de son mémoire, encore inconnu en notre langue (1). L'idée que ces aérolithes seraient lancés par des volcans de la lune, lui paraît extravagante et insoutenable ; malgré quelques calculs de Laplace, il faudrait une inconcevable vélocité d'impulsion supérieure à l'attraction exercée par la sphère lunaire. D'ailleurs le grand nombre de ces pierres météoriques, leur chute en diverses directions, et dans des lieux très-différens sur notre globe, répugnent encore à cette supposition qu'elles émanent de la lune. Elles n'offrent point non plus les caractères de productions volcaniques.

Il est fort douteux, selon beaucoup de savans, qu'elles soient composées dans notre atmosphère, où l'on ne reconnaît guère d'autre principes constitutifs que de l'oxigène, de l'azote, puis de l'acide carbonique en petite proportion, et des vapeurs aqueuses.

On a douté pareillement que des exhalaisons minérales, et autres plus ou moins connues, puissent fournir les matériaux constituant ces pierres. De plus, il faudrait que les exhalaisons s'élevassent à une grande hauteur et devinssent capables de se combiner en des concrétions pierreuses.

On connaît des masses de fer météorique comme celle de Sibérie, citée par Pallas, pesant jusqu'à mille livres. On en a trouvé au Brésil une autre évaluée au poids de quatorze milliers.

Il est très-vrai que la pluie et les vapeurs aqueuses sont imprégnées de matières organiques. La filtration des eaux de pluie les plus pures donne des résidus jaunâ-

(1) Depuis l'année 1815, les mémoires de l'Académie royale de Prusse étant publiés en langue allemande, sont beaucoup moins connus de l'Europe civilisée que du temps du grand Frédéric.

tres. On peut croire que ces substances contribuent au pouvoir fertilisant des eaux pluviales. Il n'est pas rare de trouver, dans l'odeur même de certains brouillards, la preuve qu'ils contiennent des matières capables de se déposer et de se solidifier.

Quant à des élémens inorganiques exhalés dans l'atmosphère, ils ont échappé jusqu'ici aux expériences chimiques. Il y a cependant des effluves minéraux qui s'élèvent, soit avec l'acide carbonique, soit à l'aide de leur dissolution dans le gaz hydrogène (comme les mofettes, etc.), ou avec l'acide fluorique, ou par leur vaporisation seule, comme le chlore, l'iode, etc. On sait que le fer est lui-même entraîné par la distillation avec l'acide hydrochlorique à l'état d'hydrochlorate. Cet acide peut entraîner encore d'autres oxides métalliques, ou diverses bases terreuses; enfin l'hydrogène gazeux se charge aussi d'une portion de fer. Toutefois, quoique le mercure soit volatilisable, que le cuivre et le plomb aient des odeurs formées d'une portion de leur matière dissoute dans l'air à la température ordinaire, ces volatilisations sont excessivement faibles.

Il faut bien admettre, néanmoins, que les météores brillans et enflammés sillonnant l'atmosphère, tels que les étoiles filantes et probablement les aurores boréales, émanent de quelques vapeurs terrestres. Si les pierres météoriques retombent sur la terre, c'est qu'elles ne sont pas hors de la sphère terrestre et qu'elles en doivent être nécessairement exhalées, non moins que les vapeurs aqueuses qui retombent en pluies et en rosées sur nos campagnes.

Mais il faudrait des espaces immenses pour réunir un nuage énorme de gaz chargé d'élémens minéraux, capables de se résoudre en une pierre météorique d'un poids médiocre. Quels espaces ne seraient pas nécessaires pour la formation de ces aérolithes de si grosses dimensions qu'on a cités? Et encore faut-il avoir égard à la raréfaction que l'air et les gaz éprouvent dans les hautes régions atmosphériques.

Fischer calcule dans son mémoire qu'une pierre météorique du poids de 148 livres (de 12 onces) aurait besoin, pour son état de dissolution dans des gaz tels que l'hydrogène, d'un espace égal à la huitième partie de vingt milles (d'Allemagne) cubiques, ou d'une sphère du diamètre de 1,240 perches. Cette étendue est très-possible parmi les espaces immenses au haut de notre atmosphère, selon ce physicien.

Dans ces régions supérieures, une grande détonnation électrique peut résoudre, à l'état pierreux, les élémens minéraux tenus en dissolution dans une vaste masse de gaz hydrogène. Les physiciens attribuent à des courans électriques les aurores boréales; on obtient, dans les expériences de physique, et par le moyen de la raréfaction de l'air, un phénomène analogue. De plus M. Fusineri vient de constater que le fluide électrique est capable d'enlever des particules des métaux soumis à ses détonnations.

Si les régions polaires sont, à cause de la froidure, peu propres à favoriser les vaporisations et exhalaisons, en revanche, sous les zones ardentes, l'évaporation est non-seulement perpétuelle, mais l'hydrogène et toutes les substances volatilisables s'exhalent sans cesse; il en résulte une multiplicité extrême de météores lumineux, d'étoiles filantes et d'autres phénomènes d'inflammabilité sous ces climats brûlans.

Personne n'ignore aujourd'hui combien l'hydrogène est capable de dissoudre et d'enlever une foule de corps minéraux, soit métalliques, soit terreux, sans compter les fumées des volcans, et tant d'autres exhalaisons qui montent sans cesse dans les hauteurs de notre atmosphère; c'est vers ces couches supérieures que vient aboutir toute la sublimation des élémens volatilisables du globe terrestre; c'est dans cet immense laboratoire de la nature, que l'électricité, en se développant, frappe de conflagrations détonnantes et formidables toutes ces vapeurs mélangées au milieu des tempêtes; elle compose ainsi ces grêles de pierres météoriques tombant encore enflammées et fumantes sur le sol terrestre. Au moins cette théorie, ajoute M. Fischer, ne dépasse point les limites de la probabilité.

Les matières les plus solidifiables surtout, tendent à se réunir par attraction et cohésion sur leur noyau central, comme on l'observe dans les grêlons avant de se précipiter. Il peut donc y avoir inflammation instantanée et consolidation des masses. De ce que le nickel est un métal peu abondant sur la terre, il ne s'ensuit pas qu'il ne puisse être plus abondamment dissout par l'hydrogène, et se rencontrer en quantité notable dans les pierres météoriques: celles-ci ne possèdent pas d'autres élémens que ceux du globe terrestre.

De quelque manière qu'on veuille donc expliquer la formation des aérolithes, il est plus naturel de les faire émaner des vapeurs de notre sphère, bien que la composition de ces concrétions puisse différer de celles formées dans les couches de la terre. Telle est la substance du travail de M. Fischer.

Depuis cette époque, des phénomènes remarquables ont été observés, tel est surtout celui du météore si éclatant, vu en novembre 1834 dans l'Amérique du Nord, et qui lança des gerbes innombrables d'étoiles filantes pendant plusieurs heures. Cette sorte de grand feu d'artifice céleste, qui paraissait émaner aussi de la lumière zodiacale, a été considéré par le professeur Olmsted comme venant de quelque comète. Ce phénomène, ajoute-t-il, peut être considéré comme des *coprolithes célestes* (1). Cette théorie, qui assimile à des excrémens, ou plutôt à une excrétion des matériaux inflammables, peut-être périodiques aux mêmes époques, d'après des remarques citées à l'Académie des sciences par M. Arago, mérite l'attention des météorologistes (2).

Tous ces faits doivent donc appeler les travaux des

---

(1) Voir dans le *Magazine of natural history*, et Olmsted, dans l'*America journal of sciences*, by Silliman, n. XXVII, p. 419 et suiv.

(2) Voyez ces remarques consignées dans l'Annuaire du bureau des longitudes pour 1836.

physiciens comme des chimistes, sur les produits qui émanent des hauteurs de notre atmosphère.

EXTRAIT DU PROCÈS VERBAL

De la séance de la Société de Pharmacie, 6 janvier 1836.

PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

La Société, à titre de souscripteur pour le monument qui vient d'être élevé à Rouen, à la mémoire de Pierre Corneille, reçoit de la Société libre d'Émulation de cette ville une médaille frappée en l'honneur de ce grand poëte tragique.

La Société décide que cette médaille sera renfermée dans un cadre à double face, et exposé dans le cabinet d'histoire naturelle de l'Ecole de pharmacie.

La Société reçoit une lettre de M. Fan, pharmacien à Lavelanette (Ariége).

Une lettre de l'école de pharmacie, qui remercie la Société de l'envoi de deux échantillons de chlorure d'or.

Deux mémoires relatifs au prix proposé par la Société :

L'un intitulé : de la *Diastase*.

L'autre de la *Digitale*.

Un mémoire de M. Malapeyre, pharmacien à Potiers, ayant pour titre : Perfectionnement du mode d'opération usité pour obtenir la congélation artificielle de l'eau. Descriptions de nouveaux appareils, et moyen de transporter de la glace pendant les chaleurs.

MM. Henri et Soubeiran sont chargés de faire un rapport sur ce mémoire.

M. Cap présente au nom de M. Salles un mémoire sur le choix des formules. MM. Cap et Lecanu, rapporteurs.

La Société reçoit les ouvrages suivans :

Une thèse soutenue devant l'école de pharmacie, par M. Aubergiers, sur les combinaisons de l'hydrogène avec les métalloïdes.

Plusieurs numéros de la Gazette éclectique de Vérone, M. Chereau, rapporteur.

Les archives de Pharmacie de M. Brandes, renvoyées à M. Vallet.

Un numéro du journal des Mines, renvoyé à M. Soubeiran.

M. Pelletier propose comme membre correspondant de la Société M. Leroux, pharmacien à Vitry-le-Français, et auteur de la découverte de la salicine.

MM. Pelletier et Dubail sont chargés de faire un rapport d'admission.

M. Bussy, rend le compte suivant des séances de l'institut, en traitant la paranaphtaline par l'acide nitrique. M. Laurent a obtenu la paranaphtalès, dans laquelle l'hydrogène de la paranaphtaline se trouve remplacé par un équivalent d'oxigène. La formation de cette nouvelle substance confirme comme on voit la théorie des substitutions énoncée par M. Dumas.

M. Félix Darcet, en faisant agir de l'acide arsénique sur l'alcool, est parvenu a obtenir l'acide arsenio-vinique, c'est-à-dire une combinaison d'acide arsenique et d'hydrogène carboné.

M. Arago vient de confirmer, par une nouvelle donnée, son opinion sur la température croissante de l'intérieur de la terre. En examinant le puits foré que l'on creuse actuellement à Grenelle, il a reconnu qu'à la profondeur de 257 mètres, où on est parvenu, la température s'élevait à 20° au-dessus de zéro; il a calculé que si l'on trouvait à 500 mètres une fontaine jaillissante, elle fournirait de l'eau à 30° de température.

M. Bighini, dans une lettre adressée à M. Chereau, le charge de remercier la Société du titre de membre correspondant qu'elle a bien voulu lui accorder.

Le même chimiste annonce qu'il a reconnu dans le bois de gayac, *guaiacum officinale, L.*, un acide combiné à une huile volatile grasse ; il ne pense pas que cet acide ait encore été signalé, et il propose de le nommer *acide guaiacique*. Pour obtenir cet acide, M. Bighini fait un mélange d'huile grasse elle-même avec le peroxide de manganèse, et décompose le tout par l'acide sulfurique étendu ; le nouvel acide se précipite alors, il est soluble dans l'alcool, et peut se purifier par les mêmes procédés que l'acide benzoïque.

La résine artificielle de gaïac donne à la distillation sèche un liquide dont l'odeur est analogue à celle de la créosote ; sa saveur est piquante, et quand on la traite convenablement il fournit de la créosote pure.

M. Deschamps d'Avallon envoie de nouvelles observations sur la conéine, et quelques réflexions sur les critiques de son mémoire précédent.

M. Guibourt lit, au nom de M. Baget et au sien, un rapport sur une lettre de M. Dausse, qui propose d'appliquer la méthode de déplacement à la préparation des sirops de violettes et de fleurs de pêchers, du miel rosat et du laudanum de Sydenham. M. Guibourt approuve l'emploi de cette méthode pour le miel rosat, pourvu qu'on ait soin d'inciser les roses avant de les soumettre à l'action de l'eau, mais il le condamne pour la préparation des trois autres composés.

Une discussion s'engage à l'occasion de ce rapport sur la méthode de déplacement.

M. Soubeiran blâme toute modification au procédé du Codex pour la préparation du laudanum de Sydenham. D'après lui le laudanum est un médicament tellement consacré par l'usage, qu'on ne doit en aucune manière modifier son mode de préparation primitif.

M. Soubeiran saisit cette occasion pour exprimer son opinion sur la méthode de déplacement, considérée en général dans ses applications à la pharmacie.

Il rappelle que cette méthode, ainsi que l'a démontré M. Guillermond, réussit mal pour la préparation des vins et des teintures alcooliques, attendu que l'eau se mêle aux liqueurs qu'on veut lui faire déplacer ; mais il la trouve très-avantageuse pour la préparation des teintures éthérées et des extraits en tant, toutefois, que dans son application aux extraits, on se propose seulement d'enlever aux matières végétales la plus grande quantité de parties solubles avec la plus petite propor-

tion possible de véhicule ; car autrement, si l'on avait pour but d'épuiser complétement une substance, la méthode serait tout au plus équivalente à la macération suivie de l'expression.

M. Soubeiran regarde comme très-bien entendue la recommandation faite par M. Dausse, de mouiller légèrement les poudres avant de les placer dans l'appareil à lixiviation, afin d'éviter ainsi les fausses voies qui se pratiquent souvent dans la poudre et rendent la lixiviation incomplète.

Il termine en faisant observer qu'il est besoin d'une certaine habitude pour bien pratiquer la lixiviation, que les précautions de détail, et en particulier le tassement et le degré de division des poudres, doivent varier avec la nature de chacune, mais qu'en opérant convenablement le succès est presque toujours assuré.

M. Robiquet fait ressortir les avantages de la méthode de déplacement pour fournir des solutions saturées des principes les plus solubles de chaque substance, exclusivement aux autres principes qu'elle renferme, ce qui rend cette méthode très-précieuse pour les analyses immédiates des substances organiques.

Il rappelle le procédé indiqué par Cadet-Gassicourt père, pour le traitement des poudres végétales, procédé qui consiste à imprégner ces poudres d'une petite quantité d'eau, puis à les soumettre à la presse, et à les traiter plusieurs fois successivement de la même manière. Ce moyen, lorsqu'il est appliqué avec une forte presse, fournit, de l'aveu de M. Soubeiran, à peu près les mêmes résultats que le déplacement ; il est même préférable dans quelques circonstances, mais le déplacement évite l'emploi d'appareils dispendieux, et se recommande par une exécution plus simple et plus facile.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN DER HEILKUNDE, VON HECKER;
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
OMODEI, ANNALI UNIVERSALI;
BRERA, ANTOLOGIA MEDICA;
MAGLIARI, OBSERVATORE MEDICO.

BRUXELLES,

ÈTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155

1836.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Leçon sur le système nerveux, faite à l'école de médecine d'Aldersgate ; par le docteur Marschall-Hall.

Messieurs, nous allons nous occuper d'une classe importante de maladies, savoir, des maladies du système nerveux.

Ce sujet, qui m'occupe depuis plusieurs années, est d'une telle étendue, que même après une aussi longue période, je ne me sens apte à vous présenter qu'une petite *esquisse* du plan et de l'objet de mes recherches, dont les résultats seront soumis par moi aux sociétés de médecine, lorsque le moment en sera venu.

J'ai cherché à m'éclairer dans mes investigations au moyen de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. Mais mon but principal a toujours été de perfectionner le diagnostic et le traitement des maladies du système nerveux. Vouloir comprendre ces affections sans une connaissance parfaite de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux, serait folie et présomption. Les symptômes de ces maladies peuvent être interprétés d'une manière précise par celui qui a fait une étude spéciale de l'anatomie, et la connaissance exacte des symptômes est la principale source du diagnostic, en même temps qu'elle est notre guide constant dans le traitement.

Le système nerveux ne peut exercer ses fonctions, sans éprouver l'influence des autres systèmes de l'économie ou de l'ensemble de l'organisme. Or, il faut que nous comprenions cette influence mutuelle des divers systèmes du corps, pour que nous puissions nous former une idée exacte des affections du système nerveux.

Nous nous occuperons par conséquent d'abord de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux, après quoi nous passerons à la pathologie. Cette marche nous conduira naturellement à considérer les diverses maladies auxquelles ce système est sujet. Nous examinerons ensuite l'influence que chacun des autres systèmes et l'organisme en général exercent à l'état morbide sur le système nerveux ; et nous étendrons nos recherches tant à l'âge adulte qu'à l'enfance.

I. *Anatomie du système nerveux.*

Tous les anatomistes ont, à ce que je crois, divisé le système nerveux en système cérébro-spinal et en système ganglionnaire; savoir : 1° le cerveau et le cervelet; 2° les nerfs sensitifs, naissant de la périphérie et se dirigeant vers ces centres, et les nerfs moteurs provenant de ces centres.

Pour que nos idées sur l'anatomie du système nerveux soient complètes, il faut cependant que nous ajoutions à ces deux subdivisions une troisième, que je crois avoir indiquée le premier dans toute son étendue. Enlevez le cerveau et le cervelet, ou le *centre* de la première subdivision du système nerveux, et enlevez en même temps la seconde subdivision ou la partie ganglionnaire de ce système, il vous *reste* encore la *moelle épinière même*, distinguée des nerfs sensitifs et moteurs qui s'étendent le long de son trajet ; il vous reste, dis-je, ce *véritable axe* des nerfs *excitans* et *moteurs*. Elle est le siége d'une série particulière de phénomènes physiologiques et d'une classe spéciale d'affections pathologiques. La première comprend *toutes* les fonctions immédiatement relatives aux actes de *l'ingestion* et de *l'excrétion* (egestion) ; la dernière comprend *toutes* les affections spasmodiques.

Or, au lieu de diviser le système nerveux en systèmes *cérébro-spinal* et *ganglionnaire*, je propose d'après l'opinion que je viens d'émettre, la division suivante en :

I. *Système cérébral*, ou *sensitif* et *volontaire ;*
II. *Système spinal proprement dit,* (true spinal), ou *excitant-moteur ;*
III. *Système ganglionnaire*, ou *nutritif*, *sécrétoire*, etc.

Il y a aussi bien des raisons, je pense, de considérer la cinquième paire et les nerfs spinaux postérieurs comme des nerfs ganglionnaires externes, qui servent à la nutrition, etc., des organes externes: je propose donc de sous-diviser la subdivision ganglionnaire du système nerveux en :

1° *Nerfs internes*, y comprenant
  1° le nerf *sympathique ;* et
  2° les nerfs *pneumo-gastriques ;*
2° en *nerfs externes,* y comprenant
  1° la *cinquième* paire ; et
  2° les nerfs *spinaux-postérieurs.*

Je ferai observer d'abord que le terme *cérébro-spinal* n'est pas juste. Sous ce nom on comprend *deux* subdivisions du système nerveux qu'on aurait dû distinguer l'une de l'autre, et dont le cerveau et la moelle épinière proprement dite sont les centres et les axes respectifs.

La première de ces divisions comprend toute partie du système nerveux qui a des rapports avec les fonctions des sens et de la volonté ; elle comprend les nerfs olfactifs, optiques, auditifs, les nerfs du goût, du tact et tous les nerfs des mouvemens volontaires. Le cerveau et le cervelet sont le *centre* de ces nerfs. Les nerfs sensitifs, partent des organes des sens et des surfaces *externes,* se dirigent vers ce centre, se trouvant d'abord hors du crâne ou du rachis, et pénétrant ensuite en

dedans du crâne ou de l'épine. Les nerfs du mouvement prennent un cours semblable, mais dans une direction inverse, en procédant du centre aux muscles du mouvement volontaire.

La seconde subdivision du système nerveux est formée par une série particulière des nerfs, ensemble avec leur *axe*, la moelle épinière proprement dite. De même que nous venons de distinguer les nerfs de la première subdivision en nerfs sensitifs et volontaires, nous distinguons ceux-ci en nerfs excitans et nerfs moteurs. Les premiers partent de *surfaces internes*, se distinguent par des modes particuliers d'excitabilité et se dirigent *vers* la moelle alongée et spinale proprement dite; les autres proviennent de la moelle et s'avancent vers les muscles, principalement actifs dans les fonctions de l'ingestion et l'éjection (égestion).

L'anatomie de cette dernière subdivision est encore peu connue. Je ne vous la présente, quant à présent, qu'envisagée sous un point de vue général.

I. Les nerfs *excitans* appartiennent principalement, peut-être entièrement,

1° à la cinquième paire;
2° au nerf pneumo-gastrique; et
3° aux nerfs spinaux postérieurs.

1. Les branches excitantes de la cinquième paire se distribuent :

1° aux paupières;
2° aux narines;
3° au gosier (1);
4° à la face.

2. Les branches excitantes du nerf pneumo-gastrique se distribuent :

1° au larynx (2);
2° au pharynx;
3° aux poumons;
4° à l'estomac.

3. Les branches excitantes des nerfs spinaux postérieurs se distribuent :

1° à l'anus;
2° au col de la vessie;
3° au col de l'utérus;
4° à la surface générale du corps.

II. Les *branches motrices* se distribuent :

1° à l'orbiculaire;
2° au larynx;
3° au pharynx;
4° aux muscles de la respiration;
5° aux sphincters;
6° aux m. éjaculateurs;
7° au système musculaire en général.

Ces arrangemens vous seront parfaitement intelligibles, lorsque je viendrai à parler de la physiologie des nerfs.

II. *Physiologie des nerfs.*

Afin que vous puissiez vous former une idée claire de mes opinions sur les fonctions du système nerveux, je commencerai par vous présenter quelques expériences relatives à ce sujet.

Un cheval qu'on avait frappé avec une massue sur les lobes antérieurs du cerveau, est tombé à l'instant comme frappé de la foudre, et après quelques mouvemens convulsifs, il resta immobile. Sa respiration était courte, mais continuait cependant à se faire librement au moyen du diaphragme.

Piqué ou lésé par un instrument tranchant ou pointu à une partie ou surface quelconque du corps, l'animal restait totalement immobile et ne manifestait de signe ni de sensation, ni de volonté.

Quand on touchait, au contraire, les *cils* à l'aide d'un tuyau de *paille*, la paupière se fermait aussitôt rapidement par l'action du muscle orbiculaire. Lorsqu'on touchait la cornée, le muscle abducteur tirait de suite le globe de l'œil en dehors. Touchait-on le bord de l'anus, le sphincter se contractait avec force, l'animal soulevait sa queue et attirait le vagin en bas vers l'anus.

On détruisit alors la partie supérieure de la moelle alongée à l'aide d'un instrument qu'on fit passer à travers l'ouverture faite par la cognée. Les convulsions, qui suivaient cette opération, étaient violentes; la respiration cessa de se faire et la paupière et le globe de l'œil restèrent immobiles et insensibles à l'application des stimulans.

Il ne saurait être revoqué en doute, je pense, que dans ce cas le coup de massue a annulé d'abord les fonctions de la sensation et de la volonté, et que même après l'abolition de ces fonctions il resta encore un ordre particulier de phénomènes que j'appelle excitans-moteurs, (*excito-motory*). Mais notez bien que dès que la moelle alongée a été détruite, il ne resta plus de trace des phénomènes excitans-moteurs dans la paupière et le globe de l'œil.

Vous voyez ici une grenouille vivante. Ses fonctions sensitives et volontaires sont manifestes. Voilà que je divise la moelle épinière au-dessous de l'occiput, à l'aide de ciseaux. L'animal est tranquille. Pas une trace de mouvement *spontané*. Observez que l'animal resterait, sans changer, dans cette position, jusqu'à ce que tous les signes de vitalité fussent éteints. Mais en prenant une de ses pattes, vous voyez qu'il agite les extrémités postérieures. Le voilà encore une fois tranquille, sans faire aucune sorte de mouvement spontané, et sans donner aucun signe de douleur de la blessure que je lui ai faite au cou. L'animal est sans sensibilité et sans volonté. Il ne lui reste que la *faculté* de se mouvoir, tandis

(1) Le nerf naso-palatin; le nerf pharyngien. — Voyez Bellingeri; Arnold.

(2) Le nerf laryngien *interne*.

que la *volonté*, qui met en jeu les organes du mouvement, est éteinte. Mais aussitôt que je pince les tégumens, vous observez immédiatement des manifestations de phénomènes excitans-moteurs.

Voilà que je détruis toute la moelle épinière à l'aide de cette sonde. Dès à présent c'est vainement que je pince les pattes de l'animal; les tégumens restent insensibles et les membres immobiles. Est-ce que les mouvemens que j'ai *excités* précédemment, étaient peut-être ceux de l'irritabilité? Voyons jusqu'à quel point cette opinion supporte l'épreuve de l'expérience. Après que le centre du système excitant-moteur est détruit et que les phénomènes ont cessé, nous n'avons qu'à appliquer une légère secousse galvanique, pour vérifier l'existence de l'irritabilité. Je le fais et vous voyez qu'au moment même où j'applique le courant galvanique, les muscles de l'animal se contractent avec force.

Eh bien, ne pouvons-nous pas tirer de cette expérience la conclusion incontestable que les mouvemens de la volonté sont distincts des phénomènes du système excitant-moteur et de l'irritabilité?

Je ne m'arrêterai pas longtemps à ce qui concerne la physiologie de la subdivision cérébrale du système nerveux. Cette partie embrasse la sensation, la perception, la volonté et le mouvement volontaire. Les sens sont l'odorat, la vision, l'ouïe, le tact et le goût; ils transmettent à l'intelligence tout ce que nous savons du monde extérieur. Ils donnent naissance à la perception. La volonté est un acte mental subséquent, dont le résultat est souvent le mouvement volontaire. Or, les mouvemens qui résultent de la sensation, *impliquent* toujours *l'exercice de la volonté;* cependant comme la volonté peut aussi se manifester, sans être précédée de sensation, les mouvemens volontaires sont fréquemment *spontanés*. C'est par ce caractère que les mouvemens, appartenant au système sensitif et volontaire, se distinguent de ceux qui appartiennent au système excitant-moteur. Ces derniers ne sont jamais spontanés; ils sont *toujours excités*. Même les mouvemens de la respiration, pour autant qu'ils appartiennent à ce système, sont des mouvemens excités. M. Legallois, M. Flourens et sir Charles Bell, sont dans l'erreur lorsqu'ils croient que la moelle alongée est la *source* des mouvemens respiratoires; c'est plutôt le *canal* (channel) par lequel les nerfs excitans agissent, c'est l'organe *combinateur* des divers mouvemens qui composent les actes de la respiration. L'opinion de M. Philips et de M. Mayo qui considère les actes de la respiration comme tout à fait volontaires n'est pas moins erronée. La respiration est, en effet, une fonction mixte, telle que tous les actes du système excitant-moteur peuvent l'être; c'est-à-dire que, quoiqu'appartenant en général au système excitant-moteur, ils sont cependant aptes à être influencés par la volonté. Nous y reviendrons plus tard.

Un point qui concerne plus immédiatement le sujet qui nous occupe dans ce moment (le système cérébral), c'est l'influence des sens sur les actes de la volonté. Nous trouvons un cas très-intéressant d'*anaesthesia* rapporté par M. Yelloly dans les *Transactions of the medico-chirurgical Society*. La malade pouvait tenir avec sa main une tasse, en fixant ses yeux sur l'objet; mais dès qu'elle ne la regardait plus, elle laissait tomber la tasse. Aujourd'hui même j'ai vu un malade, offrant un léger degré de paralysie de sensation et de mouvement volontaire dans ses membres inferieurs. Sa marche est assurée lorsqu'il fixe les yeux sur le pavé; mais il chancelle dès qu'il essaie de marcher dans l'obscurité. « Mes pieds sont raides », sont ses propres mots; « je ne saurais dire dans l'obscurité où ils sont, et je manque d'équilibre. » Les mouvemens volontaires sont réglés par le sens du tact, lorsque celui-ci n'est pas altéré, ou par le sens de la vision, lorsque le tact est paralysé.

On a fait plusieurs essais pour *localiser* les fonctions du cerveau; c'est-à-dire, pour prouver que certaines fonctions se trouvent attachées à certaines parties de cet organe. Le succès cependant n'en a pas été grand. Les affections d'un hémisphère du cerveau ne sont suivies que de paralysie du côté *opposé* du corps; les affections d'un seul côté du cerveau et du pont de Varole produisent le même effet. On prétend que dans le dernier cas la paralysie n'embrasse que les *mouvemens* (1). Les affections de la moelle alongée et épinière sont suivies de convulsions et de paralysie des parties correspondantes au *même* côté du corps.

Dans les expériences, une lésion du cerveau ou du cervelet produit la paralysie, mais pas de convulsions. Mais dès qu'on a touché à la moelle, il peut s'en suivre immédiatement ou des convulsions ou la paralysie, suivant le degré de la lésion.

Toute lésion grave de la moelle alongée est suivie de mort instantanée. Les lésions des parties inférieures de la moelle épinière affectent les sphincters et les organes de la génération.

Je passe maintenant à l'examen de l'action du système excitant moteur. Son nom exprime déjà qu'il y a là toujours application d'un stimulus approprié ou une cause d'excitation ou d'irritation, suivie de la contraction de certains muscles. Il est évident que l'influence du stimulus se transmet le long d'un nerf excitant à la moelle alongée ou à la moelle épinière, et que de là cette influence se réfléchit le long des nerfs moteurs ou réflecteurs. (M. Marshall Hall compare ici la fonction de ces deux genres de nerfs avec la réflexion de la lumière, dont les rayons sont des rayons incidens ou des rayons réfléchis.) Ces fonctions restent intactes, comme je l'ai déjà dit, après que le système cérébral a été détruit, soit par l'effet des expériences, soit à la suite de maladie.

Rappelez-vous l'expérience que je vous ai citée, d'un cheval frappé et rendu insensible par un coup de massue. Rappelez-vous qu'après cette opération l'animal était insensible à la lésion de la peau, faite par un in-

---

(1) Ollivier d'Angers, Traité de la moelle épinière, T. II. p. 527.

strument pointu, et qu'il ne faisait pas de mouvemens volontaires, tandis que l'attouchement des cils ou de la cornée avec un tuyau de paille fut immédiatement suivi d'une forte contraction du muscle orbiculaire. Il est indubitable que dans cette expérience l'impression fut transmise à la moelle alongée par un filet de la première branche de la cinquième paire des nerfs, et que la moelle alongée *renvoya*, pour ainsi dire, cette impression à l'orbiculaire par l'intermédiaire d'un filet de la septième paire, ou du nerf facial. Tout cela est admirable, et je pense, entièrement inconnu aux physiologistes. Notez en outre qu'un léger attouchement du bord de l'anus par le même morceau de paille provoqua une contraction énergique du sphincter. Le fait physiologique appartient au même ordre de phénomènes que le précédent. Mais il reste encore à en fournir l'explication anatomique. Tout ce que nous en savons, c'est que des nerfs provenant des bords de l'anus se dirigent vers la moelle épinière; et que c'est de là que quelque influence *mystérieuse* se transmet au muscle sphincter.

Nous avons tous les jours l'occasion d'observer des cas d'apoplexie et d'hydrocéphale. Ici encore ce n'est que l'anatomiste qui peut comprendre les symptômes de ces affections. L'apoplexie se caractérise par un coma profond; le malade est aveugle, sourd et peut-être insensible à des impressions, qui, dans d'autres circonstances, ne manqueraient pas de provoquer la sensation de la douleur, néanmoins la respiration se fait et les sphincters accomplissent encore leurs fonctions. La seule modification que nous observons, est la perte de la proportion naturelle et ordinaire du nombre des respirations et des pulsations du cœur. Dans l'hydrocéphale il peut y avoir dilatation de la pupille avec cécité totale; et cependant, quoique l'œil ne se ferme pas à l'approche du doigt ou d'un autre objet de la cornée, il ne faut qu'un léger attouchement du bout d'un cil pour que les paupières se ferment de suite. A la longue, quand la maladie fait des progrès, ce phénomène cesse à son tour. Le nerf excitant des cils perd son excitabilité et le nerf moteur de l'orbiculaire son influence motrice; alors les paupières, constamment à moitié fermées, restent immobiles à l'attouchement des cils. Ces faits sont d'un haut intérêt, en ce qu'ils indiquent non-seulement le siége et la nature, mais aussi le degré de la maladie.

Ce sont des filets de la cinquième paire des nerfs qui se distribuent, comme branches excitantes aux bords des paupières et à la surface du globe oculaire, aux narines, probablement au pharynx, et certainement à la face; ce sont eux, dis-je, qui sont les agens *primitifs* dans l'acte de fermer la paupière, dans l'éternuement, le vomissement; actes qui ont lieu lorsque les cils ont été touchés, ou les narines stimulées, ou le pharynx irrité. Mais c'est par d'autres nerfs que la moelle alongée *renvoie* l'influence nerveuse au muscle orbiculaire ou aux muscles respiratoires, dont l'action se combine dans l'acte de l'éternuement et du vomissement.

Les filets du nerf pneumo-gastrique remplissent cette fonction de nerfs excitans, lorsque du gaz acide carbonique ou une goutte d'eau se trouvent en contact avec le larynx, ou dans la déglutition, dans la respiration et dans l'acte de vomissement provoqué pas l'antimoine ou par des calculs biliaires ou rénaux.

Il y a encore plusieurs faits intéressans et particuliers relatifs au système excitant-moteur, dont je dois vous dire quelques mots. L'irritation de la cinquième paire à l'entrée du pharynx, provoque le vomissement; en excitant au contraire la huitième paire dans le pharynx, on excite l'acte de la déglutition. Il est même arrivé qu'un malade en voulant s'exciter à vomir par le chatouillement du gosier à l'aide d'une plume, et en appliquant cette dernière trop bas, donna lieu à une contraction telle des muscles de la déglutition, que la plume passa dans l'œsophage. Deux cas de ce genre sont rapportés dans les « *Medical observations and Inquiries;* vol. III, p. 7, et vol. II, p. 231. » Pareille chose est aussi arrivée avec l'algalie chez la femme; certains nerfs étant excités lors de l'introduction de cet instrument, une contraction des muscles a lieu, et le cathéter échappant de la main du chirurgien, tombe dans la vessie. Je vous montre ici un cathéter extrait de la vessie après un accident de ce genre. Vous trouverez les détails de ce cas dans les « *Medical Facts and Observations;* vol. I, p. 96. » Ces sortes de cas ne sont même pas rares. Mon ami, M. Forgood de Bridgewater, a été consulté pour deux malades, où il a extrait le cathéter par l'urètre. La cause de cet accident n'avait pas été indiquée jusqu'ici. Je crois qu'il est arrivé quelque chose de semblable à l'égard du rectum.

Les nerfs spinaux sont des nerfs excitans et moteurs qui règlent l'action des sphincters et des muscles éjaculateurs du sperme.

Les fonctions de cette partie importante du système nerveux seront mieux comprises par l'analyse de l'action des muscles de la respiration. C'est par erreur que Legallois, Flourens et sir Charles Bell ont considéré les actes de la respiration comme spontanés, et la moelle alongée comme leur source et leur *primum mobile*. Je crois avoir prouvé, au contraire, à l'aide d'expériences, que cette fonction importante consiste dans des actes *excités*, et que cette excitation s'opère par l'intermédiaire d'un ordre particulier de nerfs *excitans* et principalement de filets de la cinquième et de la huitième paires et des nerfs spinaux. Jetez de l'eau froide à la figure d'un malade, pincez le nerf pneumo-gastrique chez les animaux, ou immergez-vous, vous-même peu à peu dans l'eau en vous baignant; vous exciterez chaque fois un acte d'inspiration. Comparez alors encore ces nerfs à leur origine et vous leur trouverez à tous une ressemblance remarquable, celle d'être formés d'un grand nombre de filets distincts. Mille autres faits viennent encore confirmer la même chose; c'est ainsi, par exemple, qu'une goutte d'eau qui tombe par hasard dans le larynx, ou le chatouillement de la plante des pieds affectent les muscles des organes de la respiration au point de menacer la mort par asphyxie. Ce

n'est pas le nerf pneumo-gastrique (1), mais c'est la moelle alongée (2), qui sert à *combiner* l'action des divers muscles dans les actes de la respiration, etc.

Je me range tout à fait de l'avis de sir Charles Bell lorsqu'il dit que les nerfs respiratoires sont parfaitement distincts des autres subdivisions du système nerveux. Mais mon opinion diffère de la sienne en ce sens que je regarde les nerfs respiratoires seulement comme *une partie* d'un système plus étendu, que je regarde la respiration comme une fonction *excitée* et non comme une fonction *spontanée*, enfin comme *prenant son origine*, lorsque le cerveau a été enlevé, dans la paire vague *comme son agent excitant* (as its excitor) et non pas dans la moelle alongée.

Je terminerai mes remarques sur ce sujet en faisant observer que, quelque distinctes que soient les subdivisions cérébrale et spinale, elles exercent l'une sur l'autre une influence qui est nécessaire au bien-être de l'individu. Le fœtus anencéphale, quoique pouvant naître vivant et pouvant même vivre pour quelques heures, n'est pas *viable*, il doit *bientôt* mourir. L'apoplexie et l'hydrocéphale font périr le malade, seulement en abolissant les fonctions du cerveau. Les fonctions de la moelle épinière proprement dite sont même un peu troublées pendant le sommeil; la respiration est bruyante, souvent légèrement stertoreuse et irrégulière. Ce qui forme un caractère distinctif entre les fonctions du cerveau et de la moelle épinière proprement dite, c'est que les premières sont en partie suspendues dans le *sommeil* et entièrement dans le *coma*, tandis que les dernières restent intactes. Dans le sommeil et à l'état comateux les cils sont sensibles au plus léger stimulus et l'orbiculaire, le sphincter des paupières et les autres sphincters, ainsi que les muscles du larynx et de la respiration accomplissent leurs fonctions. Cet état de choses ne saurait, cependant, persister longtemps, puisque l'intégrité des fonctions cérébrales est essentielle pour la continuation des fonctions de la moelle épinière et des autres fonctions de l'économie animale. De là le pronostic funeste, qui s'attache à l'état stertoreux, à la suffocation, au relâchement des sphincters et à d'autres phénomènes morbides des fonctions de la moelle épinière, dans les cas de maladie de cerveau.

D'autre part, les fonctions du système excitant-moteur étant troublées, les actes du cerveau éprouvent de suite de l'interruption. Dans la chorée, dans le begaiement, la volonté en elle-même est parfaite, mais les mouvemens volontaires sont irréguliers, par l'effet de la condition morbide du système excitant-moteur.

Un fait remarquable, entre autres, s'est présenté à mon observation; c'est un malade qui, ayant perdu en partie la force de son bras et de sa jambe gauches par suite d'un accès épileptique prolongé, pouvait saisir tout objet qu'on lui mettait dans la main, sans pouvoir la fermer d'une autre manière.

Il me reste encore une chose à mentionner. Tout ce qu'on appelle *ton* (tône) du système musculaire, est le résultat d'une fonction excitante-motrice. Les membres d'un animal ou une partie d'un animal qu'on a séparés de l'influence du cerveau, se relâchent, dès qu'on détruit la moelle épinière. Lorsque nous enlevons la queue et le rectum d'une tortue décapitée, le sphincter conserve sa forme circulaire, et la queue sa résistance; phénomènes qui cessent dès le moment que nous extrayons du canal de l'épine la portion de la moelle qui y restait encore (1).

La troisième subdivision du système nerveux embrasse *tous* les nerfs ganglionnaires. J'ai divisé ces nerfs en *internes*, y comprenant le grand sympathique et peut-être une partie du pneumo-gastrique; et en *externes*, qui embrassent tous les autres nerfs ganglionnaires, et particulièrement la cinquième paire et les nerfs spinaux postérieurs.

Enfin, il y a différens *remèdes*, qui agissent sur des parties distinctes du système nerveux. C'est ainsi que l'opium agit sur la subdivision cérébrale, la strychnine et l'acide prussique sur la subdivision spinale de ce système.

La seule chose nouvelle, qui s'attache à cette partie de ma division du système nerveux, est celle relative aux nerfs ganglionnaires externes ou nerfs nutritifs externes.

Je ne sache pas qu'aucun physiologiste ait jusqu'ici avancé une opinion sur la véritable fonction des ganglions de la cinquième paire et des nerfs spinaux postérieurs. Prochaska (et non Monro, comme le veut Sir Charles Bell (2)) fût le premier qui observa les ganglions attachés à la *portio major* de la cinquième paire et aux nerfs spinaux postérieurs. Voici comment cet auteur s'exprime dans une préface d'une nouvelle édition de son ouvrage imprimée en 1800.

« Hic tractatus, qui anno 1779 prodivit, plures novas observationes, circa structuram systematis nervosi a me factas continet. Harum nonnullæ, quibus in textu non fuit locus, in explicatione figurarum uberius exponuntur, ad quas spectat nova arbor vitæ corporum olivarium; fasciculus funiculorum nerveorum quinti paris cerebri, qui insalutato ganglio semilunari sub eodem tertium ramum ejus nervi maxillarem inferiorem dictum petit; sic quoque radices anteriores omnium nervorum spinalium, quæ insalutata ganglia radicum posteriorum transeunt. Super eandem materiem plura præclara scripta isto tractatu serius in lucem prodivere, inter quæ præcipue *Monroi observations on the structure and functions of the nervous system* (1783); *Sœmmeringi, ueber das organ der seele, Kœnigsberg*, 1796; *et Reilii exercitationes anatomicæ de structura nervorum*, 1797, adnotari merentur. »

(1) The nervous system, 1830, p. 46.

(2) Recherches expérimentales sur le système nerveux, p. 180, etc.

(1) Voyez un mémoire de l'auteur dans les *Transactions of the Royal Society*.

(2) The nervous system, 1830. Préf. p. vii, etc.

Prochaska ajoute encore, p. 353, « Quis rationem dabit : »....« Quare radices anteriores nervorum spinalium ganglia spinalia insalutata transeant, et quare nam solæ posteriores radices ganglia spinalia trannare cogantur. »..,..« Quare omnium cerebri nervorum solum quintum par post ortum suum more nervorum spinalium ganglio semilunare dictum facere debet, sub quo peculiaris funiculorum fasciculus ad tertiam quinti paris ramum maxillarem inferiorem dictum, properat insalutato ganglio semilunari ad similitudinem radicum anteriorum nervorum spinalium ? »

Sœmmering a posé des questions semblables aux précédentes. Sir Charles Bell a cité Prochaska, Sœmmering et Scarpa avec une sorte de joie. Mais j'avoue qu'il me semble que ce celèbre physiologiste ne s'est pas approché plus de la solution de ces questions que ses prédécesseurs. Sir Charles Bell a prouvé à l'évidence la différence des fonctions entre les nerfs spinaux antérieurs et postérieurs ; et cette grande découverte sera un monument éternel de son génie. Mais il n'y a aucun rapport entre la fonction de sensation et l'existence d'un ganglion ; du moins les nerfs, qui sont des nerfs sensitifs non-équivoques, tels que les nerfs auditif, optique et olfactif ne présentent rien d'analogue.

Or, il nous reste encore à résoudre la question : pourquoi la grande portion de la cinquième paire surtout, et les nerfs spinaux postérieurs, sont-ils pourvus de ganglions? Voici les argumens, par lesquels nous répondons à cette question :

1° Il y a un nerf interne pour la formation, la nutrition, la sécrétion, etc.

2° Ce nerf est ganglionnaire.

3° Il y a des organes et des tissus externes, qui sont aussi sous l'influence de la nutrition, etc.

4° Il faut aussi des nerfs ganglionnaires externes. De là résulte que ces nerfs ganglionnaires externes forment une subdivision du système nerveux, que nous nommons *ganglionnaire externe*. C'est surtout la cinquième paire, qui est riche en ganglions.

Il est vrai, comme sir Charles Bell l'a aussi fait remarquer, que le ganglion sémi-lunaire et les ganglions spinaux externes diffèrent en apparence des ganglions du nerf sympathique. Mais quelle est la nature de cette différence? C'est encore une question à laquelle je ne trouve pas de réponse dans les auteurs. Il est cependant évident que la différence consiste en ce que les premiers de ces ganglions sont isolés et ressemblent à des *plexus* (*are plexie*). Les nerfs ganglionnaires internes sont purement des nerfs de nutrition; leurs ganglions sont simples. Mais dans les nerfs ganglionnaires externes se trouvent en outre combinés avec les nerfs de nutrition, des nerfs de sensation, et même je crois, des nerfs excitans ; et voilà pourquoi l'apparence de leurs ganglions est mixte et présente en même temps de la ressemblance avec les plexus.

Faites attention encore à un autre argument que je vais ajouter encore à ceux qui précèdent. Que la sensibilité de la face soit abolie dans la paralysie par l'effet d'une maladie du *cerveau*, l'œil restera intact ; mais que le même accident dépende d'une compression ou d'une destruction du *nerf en dedans* du crâne par l'effet d'une maladie ou d'une expérience, l'œil cesse de suite d'être nourri et la destruction s'en empare. Dans le premier cas le nerf de la sensibilité a seul souffert, tandis que dans l'autre la maladie s'est étendue tant au nerf de la nutrition qu'à celui de la sensibilité.

III. *Pathologie du système nerveux.*

Pour nous former une idée claire de la pathologie du système nerveux, imaginons que les phénomènes physiologiques, que nous venons d'analyser, se revêtent d'un caractère pathologique. Or, l'intensité de ces phénomènes peut être augmentée ou diminuée, ou ces mêmes phénomènes peuvent être nuls ou abolis.

Quant aux fonctions cérébrales, nous trouvons dans les nerfs des sensations, de la douleur ou de l'insensibilité ; dans le cerveau des perceptions fausses et des actes erronés de la volonté, du délire ou un défaut total de ces facultés, ou un état comateux ; dans les nerfs moteurs enfin, nous rencontrons ou des actes volontaires continuels, ou la paralysie.

C'est ainsi par exemple qu'il peut y avoir sensibilité morbide de la face, qui prend quelquefois la forme du *tic douloureux*. Une autre fois il peut y avoir perte de la sensibilité, provenant d'une maladie de l'hémisphère opposé, ou de la cinquième paire en dedans ou en dehors du crâne. Le premier cas constitue l'hémiplégie de la face; les derniers cas ont été spécialement décrits par M. Bellingeri (1) et sir Charles Bell (2). Ces affections nous présentent des données intéressantes sous le rapport du diagnostic.

Dans l'hémiplégie la perte de la sensibilité est rarement complète ; il y a ordinairement paralysie des muscles de la face, tandis que la susceptibilité des narines pour les irritans n'est point altérée.

Dans l'affection de la cinquième paire à l'intérieur du crâne, la perte de la sensibilité est souvent complète; les narines ont perdu leur susceptibilité pour l'impression des stimulans, et l'œil, quelquefois privé de nutrition, se rapetisse et s'affaisse ; la force des muscles de la mastication est altérée, sans que pour cela la face présente aucune *apparence* de paralysie.

Y a-t-il affection de la septième paire ou du nerf facial, elle se présentera sous la forme du *tic spasmodique* ou de paralysie. Lorsqu'il y a spasme et qu'on recommande au malade de fermer les yeux, ce sont les paupières du côté *contracté* de la face qui ne se ferment pas. Dans le cas de paralysie, au contraire, c'est l'œil du côté relaché, qui reste ouvert. Mais *dans l'un et l'autre cas*, c'est toujours l'œil du côté *affecté*, qui reste ouvert.

Ces deux affections peuvent avoir leur origine dans les nerfs précités *en dedans* ou *en dehors* du crâne. Dans

(1) *Dissertatio inaugularis*, 1818.
(2) *The nervous system.*

ce moment même j'ai en traitement un cas de tic spasmodique, dont la cause se trouve dans l'intérieur du crâne. Le tic est accompagné d'une amblyopie de l'œil du côté affecté. Le tic spasmodique déterminé par une cause externe qui a agi à l'extérieur du crâne, est assez fréquent.

Je terminerai ces remarques par une observation qui offre quelque intérêt. Dans la paralysie de la face, par suite d'une affection de l'hémisphère du côté opposé, le malade peut fermer les paupières, tandis que dans la paralysie du nerf facial, le muscle orbiculaire se trouve à l'état de paralysie. D'où provient cette différence? Notez que la septième, ainsi que la cinquième paires sont des nerfs composés. De même que la dernière se compose de filets excitans et ganglionnaires, qui ne sont pas affectés dans une attaque d'hémiplégie, la première de ces paires de nerfs contient une branche appartenant au système excitant-moteur, qui ne participe pas de l'affection morbide dans une maladie du cerveau. Telle est du moins l'explication que je crois pouvoir donner de ces phénomènes.

La cinquième et la septième paires de nerfs sont plus complexes qu'elles n'ont été représentées par sir Charles Bell. Le premier de ces nerfs contient, outre le nerf de la sensibilité, des branches qui servent à l'excitation et à la nutrition; il se distingue par des modes particuliers d'origine, de distribution et de fonctions. De ces dernières, il n'y a que la sensibilité, qui subit de l'altération par suite de maladies du cerveau; mais une tumeur dans l'intérieur du crâne peut annuller l'ensemble de ses fonctions. La septième paire n'est composée que de nerfs cérébraux et spinaux proprement dits (pure cerebral and true spinal nerves). Dans l'hémiplégie les nerfs cérébraux seuls sont affectés; le muscle orbiculaire conserve la faculté du mouvement. Mais la paralysie s'étend à toutes les parties qui reçoivent le mouvement de cette paire, et même au *sphincter* des paupières, lorsqu'elle est la conséquence d'une pression exercée par une tumeur au-dessous de l'oreille. Cette remarque m'en suggère une autre, savoir que ce qu'on appelle *ptosis* est une paralysie cérébrale, tandis que la *lagophthalmie* est une paralysie du système spinal. C'est aussi à ce dernier système que nous avons souvent à rapporter l'origine du strabisme.

Je crois en général, que *toute* la classe des maladies spasmodiques et convulsives appartient à la partie *excitante-motrice* du système nerveux, et qu'on ne saurait bien comprendre ces maladies, sans s'être auparavant pénétré d'une connaissance exacte de ce système.

Toutes ces maladies ont, selon moi, leur *source* dans *une* des *deux* parties du système excitant-moteur : les *unes* ont leur origine dans la moelle épinière même, qui est l'axe et le centre de ce système : je veux désigner ce genre de cas par l'épithète de maladies *centriques* (centric). Les *autres* ont leur source dans les nerfs excitans et prennent, par conséquent, leur origine à quelque distance du centre; je les nommerai *excentriques* (eccentric). Je vais vous prouver que cette distinction n'est pas sans importance. Le pronostic en dépend presque entièrement. Les maladies centriques sont pour la plupart incurables; les maladies excentriques, au contraire sont, à quelques exceptions près, susceptibles de guérison. Tâchons d'éclaircir ces propositions en peu de mots : — Supposez deux enfans atteints de convulsions sous forme de croup ou autre; dans l'un de ces cas, ce phénomène pourra être l'effet d'une maladie siégeant à l'intérieur du crâne ou du canal vertébral et sera probablement incurable; dans l'autre la maladie pourra dépendre des effets de la dentition, agissant sur une branche excitée de la cinquième paire, il n'est guères nécessaire de vous dire qu'alors le phénomène morbide ne tardera pas de céder promptement à l'emploi des moyens appropriés.

Notez encore que dans toutes ou presque toutes les maladies spasmodiques les parties principalement affectées sont celles qui servent immédiatement aux fonctions de *l'ingestion* et de *l'égestion* savoir les orifices et les issues du corps. Nous trouvons le *larynx resserré* dans les convulsions chez les enfans, dans l'épilepsie, dans les convulsions puerpérales; il est spasmodiquement affecté dans le tétanos et l'hydrophobie; il souffre partiellement dans la constriction croupale, l'hystérie, où il y a souvent perte de voix, etc. Le *pharynx* est affecté dans quelques-unes de ces maladies. Les muscles de la respiration participent toujours à l'affection. Dans l'épilepsie nous observons l'affection des sphincters, et même des muscles éjaculateurs.

Il n'est pas de maladie qui jette plus de lumières sur la pathologie du système excitant-moteur que l'épilepsie. Cette affection est parfois *centrique* et incurable; elle provient souvent aussi de quelque irritation gastrique ou intestinale, et alors elle est *excentrique* et susceptible de guérison. Toutes les parties et toutes les fonctions, dont j'ai parlé à l'occasion de la physiologie, participent de l'affection dans cette maladie. La quatrième et la sixième paires des nerfs sont affectées; les yeux roulent convulsivement dans leurs orbites, la langue sort de la bouche; les dents sont serrées avec force; une écume sanguinolente sort de la bouche, agitée par divers mouvemens; le larynx est fermé et les muscles de la respiration font des efforts pénibles et convulsifs, pour accomplir leurs fonctions; enfin, comme je viens de le dire, les sphincters sont quelquefois relâchés et souvent le sperme est expulsé par la contraction des muscles éjaculateurs.

L'état du larynx et des mouvemens respiratoires fournit un moyen important de diagnostic, pour distinguer l'épilepsie de l'hystérie. Dans la première de ces maladies le larynx est ordinairement resserré et l'expiration ne se fait qu'au moyen de très-grands efforts; dans l'hystérie au contraire, le larynx est ouvert, et la respiration est profonde et soupirante.

Dans un cas d'épilepsie que j'ai eu occasion d'observer chez un musicien, le malade perdait après chaque accès la faculté de chanter les notes du fausset. Rien n'est plus fréquent que la perte de la voix dans l'hystérie. Il est rare, que les femmes hystériques se mordent la langue comme le font les épileptiques.

Une terrible maladie appartient à cet ordre : c'est le tétanos. Une affection ayant son siége à l'intérieur de l'épine donne quelquefois lieu à tous les symptômes de cette maladie. On devrait l'appeler *tétanos centrique*. Plus fréquemment cependant la cause du tétanos a son siége à l'extérieur, dans le trajet de quelques-uns des nerfs excitans du système excitant-moteur. C'est le plus souvent un nerf, étranglé par une ligature ou déchiré dans une blessure, qui est le *siége excentrique* du tétanos. Dans l'un et l'autre cas il est évident que la division excitante motrice du système nerveux est pour quelque chose dans la production de la maladie.

Afin de vous montrer, combien peu jusqu'ici on a compris ce sujet, je ne vous citerai qu'un seul fait. M. Swan, célèbre pas ses recherches anatomiques sur le système nerveux, a émis l'opinion que la cause du tétanos peut résider dans le système ganglionnaire du nerf sympathique (1).

Voici comment M. Swan s'exprime à ce sujet : « en examinant la manière dont le corps est ordinairement affecté après des accidens, j'ai eu raison de croire que les graves lésions extérieures sont suivies d'une irritation des ganglions des nerfs sympathiques et par conséquent des parties auxquelles ces derniers se distribuent. Cette irritation peut se communiquer à plusieurs des nerfs cérébraux et à tous les nerfs spinaux, et de ceux-là à la moelle épinière même ; de sorte qu'elle peut donner lieu à des spasmes tétaniques, à des spasmes qui varient selon la partie du nerf sympathique la plus affectée et selon l'étendue et la complexité de l'irritation. »

Il est difficile de concevoir de quelle manière le nerf sympathique peut être affecté par la cause, ou comment il peut produire les symptômes du tétanos ; les fonctions de ce nerf sont interstitielles, (interstitial) et ne sont palpables à nos sens que dans leurs *effets*. Il est évident, au contraire, que cette maladie a effectivement son siége dans cette partie du système nerveux que j'ai distinguée du reste, en la nommant partie excitante motrice. Nous pouvons produire à volonté le tétanos chez une grenouille ou un salamandre en appliquant de la strychnine à la peau de l'animal. Même après avoir enlevé la tête, le tronc présente encore des convulsions tétaniques. Chaque portion de l'épine, même la queue, séparée de la salamandre, présente tous les phénomènes du tétanos, phénomènes qui cessent quand on détruit la portion caudale de la moelle à l'aide d'une fine aiguille. Découvrez dans une tortue décapitée certains nerfs, et irritez les sans discontinuer, avec une pince et vous provoquerez immédiatement un état de contraction tonique des muscles de toute les quatre extrémités et de la queue. Cette expérience offre le véritable *type* du tétanos et ne laisse plus de doute sur la partie du système nerveux, qui est principalement affectée dans cette maladie. Il me reste peu de temps pour vous dire un mot de l'hydrophobie. Considérez cependant la manière, dont cette maladie est produite ; les symptômes qu'elle présente, les organes et les fonctions qui se trouvent atteintes, et vous ne pourrez manquer de reconnaître aussi dans cette terrible maladie, une affection de la division excitante-motrice du système nerveux.

J'ai encore à vous entretenir du vomissement. Cet acte peut être excité par une maladie existant à l'intérieur du crâne, par l'irritation des branches de la cinquième paire, par l'irritation des branches du nerf pneumo-gastrique dans l'estomac, dans le conduit biliaire, dans l'uretère, et enfin par l'irritation des branches des nerfs spinaux du col de l'utérus.

J'ai vu la dentition donner lieu à la strangurie et au ténesme.

Dans un cas j'ai vu un calcul dans l'urètre donner lieu à une constriction spasmodique très-forte du sphincter de l'anus. Rien n'est plus commun que la rétention d'urine consécutive à l'emploi d'une ligature autour d'une tumeur hémorrhoïdale. Dans ces différens cas un nerf excitant est irrité ; l'irritation transmise à la moelle alongée ou à la moelle épinière, se réfléchit sur le muscle ou sur le système musculaire.

Le temps ne me permet pas de réunir ici le nombre des faits de ce genre. Il faut cependant, avant de terminer, que je vous présente quelques faits d'une autre nature.

D'abord il est certain que l'affection des méninges et du cerveau peut donner lieu à des actions spasmodiques. Comment expliquer cela ? Je pense qu'on pourra l'expliquer d'après le principe de la *contre-pression*. C'est ainsi que chez une petite fille, âgée de treize mois, atteinte de convulsions sous forme du croup, les contractions spasmodiques cessèrent subitement, lorsque les os du crâne se séparèrent. Un enfant, atteint de spina fibida, était saisi de convulsions chaque fois qu'il se retournait et pressait ainsi sur la tumeur. Dans un cas de fœtus anencéphale, rapporté par M. Lawrence, des convulsions furent produites en exerçant une pression sur la moelle alongée. Ces faits, joints à d'autres, me font croire qu'il faut expliquer par la contre pression les convulsions produites par une maladie du cerveau. Les convulsions peuvent donner lieu à leur tour à des congestions et à des épanchemens dans le cerveau.

Quelle est la cause des convulsions survenant à la suite d'une forte hémorrhagie? Il m'est venu à l'idée de résoudre cette question par la voie expérimentale. J'allai chez un boucher et le priai de me laisser voir tuer un mouton. La manière qu'on emploie ordinairement consiste à diviser d'abord la moelle épinière et à ouvrir ensuite les gros vaisseaux. Sur ma demande on ne divisa non-seulement la moelle épinière, mais encore tout le cou de manière qu'on sépara la tête du tronc en n'épargnant que la peau. Alors les gros vaisseaux furent divisés. Après que l'animal eût perdu une certaine quantité de sang, il fut agité par des convul-

(1) *A Treatise on Diseases and Inquiries of the Nerves*, 1834 ; p. 325, etc.

sions violentes. Elles ne purent être que *spinales*.

Un mot encore sur la pathologie de la portion externe du système ganglionnaire. Je crois que dans un grand nombre des cas, où, chez les enfans, l'un des membres offre du retard dans l'accroissement, la maladie a son siége dans les nerfs spinaux postérieurs, qui se distribuent dans cette partie, probablement à leur origine même ou près de leur origine. Mais cette conjecture a besoin d'être confirmée par des recherches anatomico-pathologiques de ces cas. Il est même possible qu'on puisse l'éclaircir par la voie expérimentale.

Si j'ai réussi à éveiller votre attention et votre intérêt relativement à ce sujet important tant en théorie qu'en pratique, j'ai fait tout ce qu'on pouvait attendre d'une seule leçon. Il ne me reste qu'une seule demande à vous faire : c'est d'accepter tout ce que j'ai dit, avec le sentiment de l'amour de la vérité ; de ne pas chercher à disputer, mais à prouver, à confirmer ou à corriger ce que je viens d'avancer. J'ai commencé mes recherches il y a quelques années, il reste encore beaucoup à faire. J'espère que vous m'aiderez pour votre concours à les poursuivre. Soyez scrupuleux en fait d'observation ; rappelez vous les paroles que j'ai prononcées dans une autre occasion : *perfection, exactitude et probité*, voilà les mots qui devraient être lisiblement inscrits sur chaque *observation* et qui devraient constituer les caractères moraux et intellectuels de tout *observateur*.

(*Février* 1836).

Leçon clinique sur les fistules du périnée, donnée à l'hôpital Saint-Georges, à Londres ; par Sir B. C. Brodie.

La *fistule du périnée* est ordinairement le résultat d'un abcès du périnée, qui, par une extrémité communique avec l'urètre, et par l'autre s'ouvre au dehors. Les urines passent entièrement ou en partie par la fistule ; l'irritation occasionnée de cette manière en rend les bords durs et calleux ; et après que la fistule a duré quelque temps, on remarque une saillie en forme de bouton (*button-like*), dont le centre est formé par l'orifice de la fistule. L'ouverture dans l'urètre ainsi que la fistule peuvent différer en longueur et de diamètre. Quelquefois il n'existe qu'une seule fistule ; d'autres fois il y en a plusieurs. Selon que la fistule est plus ou moins grande, et qu'elle communique avec l'urètre par un ou plusieurs sinus, la quantité d'urine qui s'échappe par cette voie anormale, peut varier depuis quelques gouttes jusqu'à une quantité même plus grande que celle qui s'écoule par la voie naturelle.

Les inconvéniens qui accompagnent cette affection sont très-grands ; outre que le malade souille ses vêtemens en urinant, le périnée constamment irrité par les urines, s'enflamme et devient douloureux. Cependant lorsqu'il y a rétrécissement de l'urètre, la fistule du périnée prévient souvent les conséquences funestes qui peuvent survenir à la suite de la rétention d'urine.

Quelquefois la fistule du périnée est la conséquence d'une gonorrhée ; d'autres fois elle est la suite d'un rétrécissement qui n'a pas été précédé de blennorrhagie ; ou bien elle survient longtemps après que celle-ci a disparu. Ces deux espèces de fistules demandent l'une et l'autre à être examinées séparément.

Supposons un homme affecté d'une gonorrhée intense, chez qui l'urètre est tellement enflammé et contracté que les urines ne s'écoulent au dehors que par un très-petit filet. Le malade se plaint de douleur au périné ; on y trouve une tumeur ; quelquefois il y a rétention complète des urines ; d'autres fois il n'y a que dysurie. La tumeur s'ouvre enfin spontanément, ou bien à l'aide de la lancette ; il s'en écoule du pus : dès-lors plus de difficulté d'uriner ; mais chaque fois que le malade urine, une portion du liquide passe par l'ouverture du périnée.

Dans le second cas, le malade n'a jamais eu de gonorrhée ; ou s'il en a été affecté, elle a cessé et a laissé après elle une contraction ou un rétrécissement de l'urètre. De temps à autre la difficulté d'uriner devient plus grande qu'à l'ordinaire, sans que la rétention soit complète. Dans ces circonstances il s'aperçoit d'une tumeur au périnée, laquelle s'accroît en volume et devient douloureuse et sensible. Elle s'ouvre ; il s'en écoule de la matière purulente, et dès lors une portion des urines passe par l'ouverture. L'affection provient-elle d'une gonorrhée, il n'y a ordinairement qu'un seul abcès. Mais lorsqu'elle dépend d'un rétrécissement de l'urètre, plusieurs abcès peuvent se former successivement et à leur suite des fistules qui prennent diverses directions, et s'ouvrent tantôt au périnée, tantôt au milieu du scrotum, même aux aînes, aux fesses ou dans le rectum.

Aussi longtemps que l'écoulement des matières et des urines se fait librement par une ouverture, il ne se forme ordinairement pas de nouvel abcès. Ce dernier accident n'a lieu que lorsqu'un obstacle quelconque empêche leur écoulement.

Vous trouverez dans un grand nombre de cas que le pus qui s'accumule dans ces abcès n'est pas de bonne nature ; il est putride et fétide ; ses effets sur l'organisme sont délétères pendant sa formation : le malade éprouve des frissons ; la langue devient sèche et noirâtre, la peau est brûlante, le pouls accéléré ; enfin, vous observez tous les symptômes d'une violente affection typhoïde. Cette perturbation générale de l'économie provient de la putridité du pus, et celle-ci n'est que le résultat de la décomposition de cette matière par son mélange avec les urines.

Le pus renfermé dans ces sortes d'abcès offre d'une part des signes évidens du mélange qu'il a subi avec les urines ; de l'autre, le liquide urinaire s'écoulant par l'ouverture de l'abcès deux ou trois jours après que celui-ci s'est fait jour au dehors, il est à supposer qu'il s'est d'abord formé une ouverture dans la membrane muqueuse de l'urètre par ulcération. La membrane muqueuse une fois perforée, les urines s'infiltrent peu à peu dans le tissu cellulaire et la formation d'un ab-

cès en est la suite inévitable. C'est probablement de la même manière, que se forment la plupart des abcès voisins du rectum; la muqueuse s'ulcère au-dessus du sphincter et laisse alors échapper une petite quantité d'excrémens dans le tissu cellulaire environnant.

Vous avez souvent entendu parler des fâcheux résultats qui proviennent de l'extravasation des urines dans le tissu cellulaire, après l'ulcération de l'urètre; vous avez entendu dire qu'un épanchement de cette nature peut être suivi d'inflammation, de gangrène et même de la mort du malade, et il vous est difficile de comprendre que l'une fois l'épanchement urinaire ne donne lieu qu'à un simple abcès peu dangereux à moins qu'on le néglige, et que d'autres fois le même épanchement est suivi d'accidens graves.

Il est vrai que dans *la fistule du périnée*, comme dans l'extravasation générale des urines, il y a ulcération de l'urètre; mais notez bien que les circonstances à la faveur desquelles l'ulcération s'opère, ne sont pas les mêmes dans l'un et l'autre cas. Le rétrécissement est-il tel que la plus grande partie des urines s'écoule encore, quoiqu'en petit filet, par son passage naturel, quelque gouttes seulement passeront dans le tissu cellulaire par l'orifice ulcéré. Y-a-t-il, au contraire, rétention totale des urines, et le canal de l'urètre est-il rètréci au point de ne pas même laisser passer une goutte de liquide, qu'arrivera-t-il dans le cas où l'urètre soit ulcéré derrière le rétrécissement? les urines qui ne peuvent passer par la voie naturelle seront poussées par les contractions de la vessie et des muscles abdominaux, d'abord dans le tissu cellulaire du périnée, ensuite dans celui du scrotum, du pénis et des fesses, en sorte qu'une grande partie des urines sera extravasée. Vous voyez donc qu'ici l'infiltration se fait subitement par l'effet d'une certaine impulsion que reçoit le liquide, tandis que dans le premier cas les urines ne passent que par gouttes dans le tissu cellulaire.

Il est des chirurgiens qui croient trouver quelque ressemblance entre une *fistule du périnée* et une *fistule à l'anus* et qui veulent qu'on traite l'une et l'autre de ces affections de la même manière. Or, supposez qu'on dilate largement une fistule du périnée; la plaie se fermera jusqu'à ce que la fistule soit revenue à son diamètre primitif, le travail de la guérison s'arrêtera là et l'irritation continuelle de la fistule par les urines empêchera la guérison. Comme c'est la coarctation de l'urètre en devant de l'orifice fistuleux qui donne aux urines la direction anomale, la première chose à faire dans le traitement de la fistule, c'est de ramener l'urètre à son diamètre naturel.

La *fistule* est-elle la suite d'une gonorrhée, il suffit ordinairement de l'introduction d'une sonde à demeure pour dilater l'urètre et amener la guérison.

La *fistule du périnée* est-elle compliquée avec un rétrécissement chronique de l'urètre, le traitement est tout à fait le même. Tout ce que vous avez à faire c'est de guérir le rétrécissement; et 19 fois sur 20, la *fistule* sera guérie sitôt que le canal sera suffisamment dilaté. Les urines ont plus de facilité de passer par leur voie naturelle, lorsque celle-ci est revenue à son diamètre normal, que de prendre un détour par le passage oblique de la fistule, qui ordinairement s'ouvre par une espèce de valvule dans l'urètre.

Il est cependant des cas, où, à cause de quelque complication, la guérison du rétrécissement n'entraîne pas immédiatement après elle la guérison de la fistule. C'est ce qui peut arriver dans le cas où la fistule est extraordinairement grande, ou quand il en existe plusieurs. Lorsque la fistule ne marche pas vers la guérison, il faut s'assurer s'il n'existe pas au périnée quelque cavité dans laquelle les urines et la matière purulente peuvent se loger. Lorsque l'orifice de la fistule ne donne pas une libre issue à la matière formée dans son fond, il n'y a pas autre chose à faire que de l'agrandir par une incision ou de pratiquer une contre-ouverture. Lorsque le canal de l'urètre est revenu à son diamètre normal, et que malgré cela la fistule ne guérit pas, introduisez alors une sonde élastique à demeure dans la vessie, par laquelle les urines seront évacuées à mesure qu'elles s'y accumulent, et il est possible, que par ce simple moyen vous réussissiez à obtenir la guérison. Je vous avoue cependant que l'introduction en permanence d'une sonde élastique dans la vessie, ne répond pas toujours à l'attente du praticien. Ce serait, certes, le moyen par excellence, si par là on pouvait empêcher le contact des urines avec la fistule; mais malheureusement il n'en est pas ainsi : car, il s'écoule toujours encore quelques gouttes de ce liquide à côté de la sonde. La sonde laissée à demeure, a encore un autre inconvénient : c'est qu'elle agit à la manière d'un séton et donne lieu à l'inflammation et à la suppuration de la muqueuse vésicale.

Dans quelques cas j'ai adopté la méthode suivante : J'ai fait sonder le malade trois fois par jour pour qu'il n'urinat jamais que par le cathéter, et que les urines ne pussent passer par la fistule. Bien que ce mode de traitement soit préférable à celui de laisser la sonde à demeure, il peut aussi manquer quelquefois son but. Ce sera, par exemple, lorsque le malade ne pourra retenir ses urines pendant huit heures consécutives et que l'introduction de l'algalie, répétée trois fois en vingt-quatre heures, ne pourra suffire. Veut-on introduire le cathéter plus souvent encore, il peut devenir une cause d'irritation, entretenir l'inflammation et produire la suppuration de l'urètre.

Autrefois, quand une fistule était lente à guérir, je me servais du nitrate d'argent que j'appliquais à l'orifice de la fistule. Cette ouverture commençait bientôt à se rétrécir et finissait par se fermer. Mais la cicatrisation se bornait à l'orifice, et la matière, continuant à s'amasser au fond de la fistule, ne tardait pas à produire un nouvel abcès, qui bientôt se faisait jour à l'extérieur, soit à la place qu'occupait l'ancienne fistule, soit dans le voisinage. J'ai mieux réussi en stimulant le fond de la fistule en même temps que j'empêchais l'orifice de se fermer. Je m'y prenais de la manière suivante : après avoir fondu un peu de nitrate d'argent dans une cuillère de platine, je trempais dans cette

dissolution le bec d'un stylet, qui se recouvrait d'une espèce de vernis du caustique. Le stylet ainsi préparé était introduit jusqu'à l'autre extrémité de la fistule; après quoi, je touchais très-légèrement l'orifice avec la potasse caustique. L'effet du nitrate d'argent sur une surface dénudée la stimule et développe des bourgeons charnus au lieu de produire une escarre; la potasse caustique agit dans le sens contraire, elle produit une escarre et retarde la guérison.

Quelle que soit l'incertitude de tous ces modes de traitement, je n'ai guère vu de *fistule au périnée* qui ne se soit terminée favorablement. Si vous avez échoué par toutes les méthodes actives, recommandez au malade d'introduire tous les matins dans la vessie une sonde bien conformée (une sonde de métal vaut mieux qu'une sonde élastique) et de ne plus s'inquiéter du reste. La fistule ne guérit-elle pas en trois mois, elle guérira en six; et ne guérit-elle pas en six, elle peut encore guérir en douze. J'ai vu un grand nombre de ces cas rebelles qui ont guéri quand le malade avait la patience de persévérer dans ce simple plan de traitement. Il est bien entendu qu'il faut en même temps tenir le rétrécissement du canal dilaté, car aussitôt que vous permettrez à ce dernier de revenir sur lui-même, les urines s'écouleront par la fistule et empêcheront celle-ci de se fermer.

Les observations précédentes s'appliquent aux cas ordinaires de fistule; mais il en est de moins fréquens, où un abcès au périnée communique avec l'urètre, sans ouverture à l'extérieur. Chaque fois que le malade urine, l'abcès du périnée se gonfle par les urines qui passent dans sa cavité; et en pressant sur le périnée, on fait sortir par l'urètre du pus et des urines. Cet état des choses peut rester stationnaire pour quelque temps. Vous ne parviendrez pas à guérir cette espèce de fistule borgne interne au périnée par la simple dilatation du rétrécissement; il faut en même temps inciser l'abcès pour que la fistule ait une issue en dehors, comme en dedans, de sorte que vous transformiez la fistule borgne en fistule simple; et vous pourrez alors la traiter de la manière que j'ai indiquée plus haut.

Je passe maintenant à la description d'un cas qui ne m'a pas peu embarrassé, lorsque je l'ai rencontré pour la première fois. Supposez que vous soyez consulté par un malade qui autrefois fût atteint d'une gonorrhée, suivie d'un rétrécissement peu considérable de l'urètre, ou qui se plaigne d'un écoulement urétral rebelle à tout traitement. En examinant le périnée, vous y trouvez une petite tumeur, apparemment pas plus grande qu'une fève ou une noisette; elle se trouve à peu de distance au-dessous la peau, et est de temps à autre le siége d'un peu de douleur. Cette tumeur n'est rien autre qu'une fistule borgne interne. Un orifice étroit dans l'urètre communique par un petit canal avec une cavité qui se trouve au centre de la tumeur; et chaque fois que le malade urine, une très-petite quantité d'urine passe dans cette cavité. C'est à cause du peu d'étendue de l'excavation centrale et de l'induration considérable du tissu cellulaire circonvoisin qu'il est difficile de distinguer la fluctuation du liquide.

Le traitement de ce cas est fort simple. Tout ce qu'il y a à faire, c'est de pratiquer une ouverture. En y plongeant la lancette, faites bien attention de ne pas l'enfoncer à côté de la cavité. Je vous conseille donc d'introduire l'instrument dans une direction un peu oblique comme si vous vouliez couper la tumeur en deux. Immédiatement après l'opération, l'hémorrhagie et la situation profonde de la tumeur vous empêcheront de savoir si vous avez effectivement pénétré dans la cavité de la tumeur. Contentez-vous pour le moment de maintenir la plaie ouverte à l'aide d'un bourdonnet. En enlevant le bourdonnet deux ou trois jours après, il vous sera facile de vérifier si les urines s'écoulent par l'incision, au moment où le malade lâche l'eau. Si cela a lieu, vous pouvez être assuré du succès de l'opération; il ne vous reste qu'à dilater l'urètre avec un instrument approprié. Mais si les urines ne s'écoulent pas par l'ouverture artificielle, introduisez-y jusqu'au fond un morceau de pierre caustique, de manière à produire une escarre au centre de la plaie. Il est probable que l'escarre tombée, la cavité sera ouverte et que la guérison s'en suivra. Appliquez la potasse caustique de sorte qu'elle n'agisse que sur la partie même sur laquelle vous voulez qu'elle produise son effet. Vous préserverez facilement de son action les tissus contigus et surtout la peau, en les lavant avec du vinaigre.

Il se peut qu'une fistule périnéale, qui n'est accompagnée que de peu de contraction de l'urètre, n'incommode pas beaucoup le malade et que lui-même n'y attache pas beaucoup d'importance. J'ai vu des individus qui sont restés dans cet état pendant plusieurs années. Mais peut-on rester observateur inactif d'un pareil état de choses, par la raison que la fistule en elle-même n'occasionne que de légères incommodités? Non; car toute négligence à cet égard peut conduire à des tristes conséquences. Qu'aujourd'hui ou demain, la matière ne s'écoule plus avec la même facilité, elle pourra fuser dans l'une ou l'autre direction. M. Vincent et moi, nous avons récemment donné nos soins à un malade qui avait négligé une fistule du périnée pendant plusieurs années. A la fin la callosité qui entourait la fistule, grossissant de plus en plus, finit par s'étendre au scrotum et au pénis. Lorsque nous fûmes appelés pour lui donner des soins, nous trouvâmes une affection maligne, du genre du carcinôme ou du fongus médullaire, qui, évidemment avait pris son origine dans la fistule et qui s'était étendue de là aux organes voisins. Le malade succomba dans des souffrances atroces. (*Janvier* 1836.)

Observation d'une contraction extraordinaire des valvules aortiques et auriculo-ventriculaire des cavités gauches du cœur; par Marshall Hall.

Le cas suivant nous paraît mériter l'attention des médecins par la raison qu'il fait voir d'une manière

évidente, les modifications que peut apporter à la circulation pulmonaire, hépatique, intestinale et des grosses artères, un rétrécissement excessif des valvules aortiques et auriculo-ventriculaire des cavités gauches du cœur.

Le 10 septembre 1835, M. Marshall Hall vît pour la première fois M. C...., âgé de 63 ans, avocat, qui revenait d'une excursion dans la province, pendant laquelle on avait déjà remarqué une altération dans ses traits. A la première entrevue, M. Marshall Hall fut frappé de l'*essouflement* du malade, après le moindre effort, de l'état de son pouls, qui était petit et presque imperceptible, de sa pâleur et de sa maigreur. L'impulsion du cœur était augmentée, sans qu'il fût possible de distinguer ni le second bruit, ni le *bruit de scie*. Le malade était en même temps atteint d'une légère anasarque et présentait une teinte *ictérique* de la peau.

La maladie fit des progrès rapides. L'essoufflement devint de plus en plus menaçant; un râle très-marqué se faisait entendre au-dessus la partie postérieure du côté droit de la poitrine; il s'y joignait de la toux; l'ictère et l'anasarque se prononçaient davantage. Les veines jugulaires étaient gorgées de sang. Le pouls était petit et irrégulier.

A ces symptômes se joignit une hémoptysie. Le malade ne pouvait plus rester que dans une position assise. Le cœur continuait de battre avec une impulsion très-forte, mais toujours sans second bruit. Peu à peu la figure du malade se refroidit, les pulsations du cœur diminuèrent de fréquence, le pouls devint moins perceptible, les extrémités se couvrîrent d'une sueur froide et gluante; et le malade succomba le 27 septembre, après une longue agonie.

Autopsie, trente-six heures après la mort. Le crâne ne fût pas ouvert. La cavité gauche de la plèvre renfermait une pinte d'un liquide séro-sanguinolent. La plèvre costale était très-injectée. Il n'y avait d'autres adhérences que celle qui existait entre deux portions contiguës du poumon, et une autre entre ce dernier et le péricarde. La cavité droite de la plèvre avait disparu par l'effet des adhérences. La trachée-artère et les bronches étaient remplies d'une mucosité écumeuse et sanguinolente; les tubes bronchiques dilatés; leur membrane interne plus rouge qu'à l'état naturel. Les deux poumons, surtout celui du côté droit, gorgés de sang; la partie supérieure seulement, pressée entre les doigts, offrait encore de la crépitation. Dans une portion du lobe inférieur du poumon *droit*, on remarquait un épanchement circonscrit du volume d'un œuf (apoplexie du poumon). D'autres épanchemens, mais plus petits, se trouvaient dans les lobes moyen et supérieur du poumon *gauche*.

Les deux feuillets du péricarde étaient adhérens par de la lymphe coagulable et se laissaient désunir avec facilité. La membrane séreuse du péricarde injectée et sa surface externe couverte de graisse et infiltrée de sérosité. Le volume du *cœur* considérablement augmenté, l'oreillette et le ventricule droit dilatés et épaissis; les valvules auriculo-ventriculaires et pulmonaires ne présentaient rien d'anormal. Les artères pulmonaires et leurs branches paraissaient élargies; l'*oreillette gauche* était très-dilatée et ses parois hypertrophiées. La valvule auriculo-ventriculaire, fortement épaissie, offrait la dureté d'un cartilage; son ouverture était de la largeur du doigt; le *ventricule gauche* était hypertrophié. Les valvules aortiques étaient ossifiées et immobiles; leur orifice contracté au point de ne pas laisser passer le petit doigt.

La cavité péritonéale ne contenait point de liquide. Le *foie*, petit et granulé à sa surface, se trouvait dans l'état désigné par M. Kiernan, sous le nom de seconde période de congestion veineuse hépatique. La vésicule biliaire était remplie d'une bile foncée; ses conduits libres. Le feuillet péritonéal des intestins fortement injecté. Les intestins présentaient la même apparence de congestion depuis le milieu du jejunum jusqu'au rectum; les valvules conniventes offraient une teinte violacée et un grand nombre de petites ecchymoses. La rate, le pancréas et les reins étaient à l'état naturel.

Il est rare de rencontrer après la mort, des altérations qui expliquent d'une manière aussi satisfaisante que celles que nous venons de décrire, les symptômes observés pendant la vie. L'état des valvules de l'aorte et de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, nous rend parfaitement raison de l'essoufflement auquel le malade était en proie. L'état morbide des valvules aortiques n'explique pas moins bien la petitesse du pouls. Nous pouvons nous expliquer la turgescence des veines jugulaires, par l'obstacle qu'éprouvait la circulation veineuse de la veine-cave supérieure dans le cœur. Le passage du sang à travers les valvules aortiques et mitrale était empêché au point de produire une *congestion* des poumons qui finit par devenir une véritable *apoplexie pulmonaire;* et par suite de celle-ci, congestion des veines hépatiques, de la veine-porte et des intestins.

La congestion du foie amena l'ictère et les ecchymoses des intestins; la congestion de la veine-cave produisit l'anasarque. (*Janvier* 1836.)

Cas remarquable d'anévrysme variqueux, rapporté par J. G. Ferry.

M. Breschet, et avant lui Hunter prétendent que la communication entre une artère et la veine qui lui correspond ne peut s'établir que par suite d'une plaie pénétrante. La destruction ulcérative épargne le tissu des veines plus que toute autre partie; il est peu probable que les causes ordinaires de la résorption puissent donner lieu à une solution de continuité dans les parois des veines. On a vu des anévrysmes accompagnés de la résorption de tous les tissus contigus, sauf celui des veines. Le cas suivant est d'autant plus remarquable qu'il forme une exception à cette règle.

Jon. Allum, âgé de 47 ans, ancien militaire, avait

quitté le service en 1819 pour cause de mauvaise santé. Il dit ne se rappeler d'aucun accident, qui lui soit arrivé, sinon d'avoir fait une chute de cheval, à la suite de laquelle il eût une contusion au genou, qui depuis lors était resté faible et douloureux par intervalles. Ce ne fut qu'en 1831 qu'il s'aperçut d'un léger gonflement indolent au-dessous du genou, et auquel il ne fit pas d'attention. Peu à peu la tumeur augmenta de volume et devint le siége de douleurs qui l'empêchèrent de se livrer à ses occupations ordinaires. Le gonflement durait depuis deux ans, lorsque sa femme remarqua au milieu de la cuisse gauche des pulsations qui allèrent en augmentant, ainsi que la tumeur placée au-dessous du genou. Le 6 février 1834 il entre à l'hôpital. On constate au côté supérieur et interne du mollet de la jambe gauche un anévrysme, qui paraît occuper l'extrémité inférieure de l'artère poplitée ou le commencement de l'artère tibiale postérieure. Le malade étant couché, on voit distinctement les pulsations de l'artère et de la veine fémorales, à environ deux pouces au-dessous l'arcade crurale; ces pulsations sont accompagnées d'un *bruissement* particulier. M. Perry croit découvrir une communication entre l'artère et la veine. On ordonne au malade le décubitus dorsal; en même temps on applique depuis le pied jusqu'à l'aîne un bandage compressif, qui ne peut être supporté longtemps. Une espèce de bandage herniaire produisit le plus de soulagement. La maladie ne fit pas de progrès notables jusqu'en septembre 1835. Alors la tumeur du genou avait acquis en trois jours un volume trois à quatre fois plus grand qu'auparavant et menaçait de passer à la gangrène à sa partie la plus proéminente. Il n'y avait alors plus de chances de guérison que dans l'opération. En ouvrant la gaine des vaisseaux, l'artère fut trouvée avoir un diamètre presque aussi large que l'aorte abdominale et ses membranes minces au point de ressembler plutôt à une veine qu'à une artère. La ligature appliquée avec beaucoup de soins arrêta de suite la pulsation dans le sac anévrysmal et dans la partie inférieure de l'artère.

Le 5me jour après l'opération, une hémorrhagie subite amena une syncope; quoique arrêtée au même moment, elle avait tellement épuisé le malade que celui-ci succomba le 6me jour.

A l'autopsie on trouva le ventricule gauche du cœur hypertrophié; les membranes de l'aorte abdominale amincies; les artères iliaques externes (et particulièrement celle du côté gauche,) singulièrement flexueuses avant leur passage à travers l'arcade crurale. A l'origine de la branche profonde, l'artère fémorale présenta l'aspect d'un anévrysme; le sac offrait une ouverture, par laquelle l'hémorrhagie avait eu lieu.

Au point même où l'on avait présumé l'existence d'une communication entre l'artère et la veine, on trouva un sac anévrysmal, ossifié à l'intérieur et qui par l'effet de la pression s'était frayé une ouverture dans la veine adjacente, dans laquelle l'anévrysme s'était fait jour. Au-dessous de cette ouverture, il y avait un seul point de la veine qui était oblitéré; le reste était perméable.

Ce cas déjà remarquable pour la rareté du fait de l'ulcération du tissu veineux, par l'effet de la compression, vient encore confirmer la remarque faite par M. Breschet, que l'amincissement des membranes artérielles et l'état de dilatation du vaisseau au-dessus de l'ouverture de communication sont les conséquences de la longue durée de l'anévrysme variqueux. (*Janvier* 1836).

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW,

BY J. JOHNSON AND H. J. JOHNSON.

Guérison du Tétanos.

Les exemples de guérison de cette affreuse maladie ont été si rares jusqu'à présent que les cas qui se terminent favorablement meritent d'être consignés dans les fastes de l'art. Un cas de ce genre est rapporté par M. Grant, dans le 5me volume des *Transactions de Calcutta*. Un *Parsee* présenta des signes non équivoques de trismus, quinze jours après avoir reçu une légère contusion à la face. Avant son entrée à l'hôpital on lui avait fait quelques frictions avec l'onguent mercuriel et le camphre sur le côté affecté de la figure. Sauf l'accélération du pouls, il n'y avait pas d'autre symptôme d'un dérangement général. (Cent gouttes de laudanum à donner le soir avant de s'endormir ; — bain tiède ; — emplâtre de belladone). Le lendemain le malade semble être mieux ; on peut lui instiller quelque nourriture dans la bouche au moyen d'un tuyau de plume. (Cinquante gouttes de laudanum ; — répétition du bain ; — lavement de térébenthine, pour éviter la constipation, qui pourrait résulter de l'usage du laudanum.)

3me jour. Le malade peut ouvrir la mâchoire à un demi-pouce d'intervalle. (Même prescription).

4me jour. Récrudescence des symptômes alarmans. (Trois grains d'extrait de belladonne.)

5me jour. Dilatation des pupilles. (Répétition du médicament d'hier. Deux lavemens, chacun contenant quinze grains de tartre stibié.)

6me jour. Les lavemens ont produit une sensation générale de froid et de faiblesse, mais pas de vomissemens. Le second lavement a été suivi de deux évacuations. Le malade ne peut pas avaler de pilules. (Soixante gouttes de laudanum ; — bain chaud ; jusqu'à la syncope.)

Ces remèdes sont continués avec peu de modifications, pendant plusieurs jours. Le 12me jour il se joint aux symptômes décrits l'opisthotonos, qui rend le cas encore plus désespéré. (Deux grains d'extrait de stramoine à donner de deux en deux heures.) Ce remède semble produire du soulagement, on le continue à petites doses. Le 18me jour on en cesse l'usage, et on le remplace par dix grains de calomel avec trois grains d'opium. En tenant le ventre libre à l'aide de lavemens, l'amélioration continua à faire des progrès et le malade guérit.

Dans le même volume, M. Gilmore relate un cas semblable au précédent, où le tétanos avait été déterminé par une blessure de la cuisse, à la suite d'un coup de sabre. On avait saigné le malade, lorsque les spasmes avaient commencé ; et le reste du traitement avait consisté surtout dans l'administration de calomel, du camphre, de la soude et des purgatifs. Un de ces derniers provoqua des vomissemens et des évacuations abondantes d'excrémens endurcis. Dès lors les symptômes diminuèrent et la guérison eut lieu.

M. Woodward rapporte dans le journal de Dublin (juillet 1835), l'observation d'un laboureur, offrant tout le cortége des symptômes du tétanos et d'opisthotonos, développés graduellement en deux jours ; l'humidité et le froid, auxquels le malade s'était exposé, étaient les seules causes auxquelles on pouvait attribuer l'origine du mal. Avant que l'auteur eût vu le malade, une saignée avait été pratiquée et n'avait pas produit de soulagement. Malgré l'administration de deux grains de calomel avec huit grains de poudre de Dower, de trois en trois heures, et l'application de vésicatoires, de lavemens de térébenthine, etc., les symptômes allèrent en augmentant. M. Woodward prescrivit alors une dissolution de tartre stibié (un grain sur une once d'eau) à donner par cuillerées à dessert d'heure en heure, jusqu'à ce qu'elle produisît des nausées. Une grande quantité d'excrémens fétides et noirs fût évacuée au moyen d'un lavement de térébenthine. Le pouls tomba, le malade faiblit, les muscles se relachèrent et la déglutition commença à se faire. Les doses du tartre stibié furent alors diminuées et la guérison complète du malade ne se fit pas attendre.

Sur le traitement de l'ophthalmie purulente des enfans nouveau-nés ; par E. Kennedy.

Cette maladie, si fréquente dans les maisons de maternité et qui donne peut-être plus souvent lieu à la cécité que toute autre affection de l'œil, est encore fort obscure dans son origine. La plupart des auteurs en cherchent la cause dans un virus spécifique. L'expérience de M. Kennedy ne paraît pas s'accorder avec cette opinion, la proportion de cas évidemment produits par l'infection de l'œil par la matière gonorrhoïque ou leucorrhoïque de la mère, étant fort peu considérable. Ce médecin a cependant observé que l'ophthalmie engendrée de cette manière est d'un caractère particulièrement pernicieux et rebelle. L'affection commence ou immédiatement ou peu de jours après la naissance de l'enfant. M. Kennedy l'a vue survenir, lorsque les yeux avaient été exposés à des refroidissemens et à l'action des irritans, preuve que toute irritation, qu'elle soit spécifique ou non, peut la provoquer.

Quant au traitement, la première chose indispensable à faire, consiste dans l'application d'une sangsue à la paupière enflammée ou à la tempe immédiatement près de l'œil. M. Kennedy n'en a jamais vu résulter d'hémorrhagie alarmante. Dans des cas graves, lorsque les symptômes de la phlegmasie sont fort intenses et l'écoulement purulent très-copieux, et qu'il y a tendance au renversement des paupières, on doit revenir deux ou trois fois et même plus souvent à l'application de la sangsue. L'évacuation sanguine n'est cependant pas nécessaire dans tous les cas. Dans de cas moins intenses les fomentations, les purgatifs et l'application locale d'une dissolution de nitrate d'argent suffisent pour dissiper l'affection en deux ou trois jours.

Après l'application de sangsues, il est nécessaire de provoquer dans la partie affectée une modification de l'action vitale, et rien ne parait mieux remplir cette indication que le nitrate d'argent. M. Kennedy a fait à cet égard des essais sur une grande échelle et peut rendre un témoignage exact sur la valeur de ce remède. La dissolution qu'il employe est très-concentrée (dix à vingt grains, même un demi-grain sur une once d'eau); ayant trouvé que moins de cinq grains par once ne produisent pas d'effet, tandis que le nitrate, à grande dose et appliqué trois ou quatre fois par jour, a amené la guérison là où des faibles doses avaient échoué. Quelquefois il a touché toute la surface interne des paupières avec le nitrate d'argent solide. Cette opération est ordinairement suivie d'une violente douleur et d'une tuméfaction des paupières, qui cependant disparaissent après quelques heures en ayant soin d'humecter les yeux constamment avec l'eau froide. Des cas rebelles exigent outre l'application des sangsues et du nitrate d'argent, l'usage de purgatifs. M. Kennedy n'a jamais eu recours aux scarifications des paupières. Ce qui est de la première nécessité, c'est le plus grand soin de propreté. Tous les autres remèdes sont inutiles là où elle manque.

Le succès de cette méthode est rapide. Les enfans ouvrent les yeux le second ou le troisième jour du traitement. Les cas les plus graves cèdent en dix jours. Lorsque l'affection dure plus longtemps par cause d'atonie locale ou générale, M. Kennedy recommande d'administrer la teinture de muriate de fer avec le lait de nourrice et d'instiller de temps en temps la teinture d'opium dans les yeux.

Sur l'emploi du Chlorure de sodium dans le traitement des fièvres; par B. Graves.

M. Graves fait connaître dans cet article, lu dans la première séance de l'Association Britannique, le résultat de ses expériences, faites avec le chlorure de sodium. « Lorsque la première période de la fièvre à passé, » que toutes les indications générales et locales ont » été remplies, qu'il n'existe pas de complication avec » quelque affection locale, que le malade se trouve » dans un état de prostration et d'affaissement, qu'il y » a insomnie, agitation, délire mussitant et plus ou » moins de trouble de la sensibilité, lorsque le corps » est couvert de taches et que les sécrétions de la peau » et des membranes muqueuses indiquent la détérioration des fluides, c'est alors, dit M. Graves, qu'on » peut se promettre le succès le plus certain de l'emploi du chlorure de sodium. Je le prescris à des » doses de quinze à vingt gouttes dans une once d'eau » ou de mixture camphrée, qu'on administre de quatre » en quatre heures. Je ne prétends pas expliquer ici le » mode d'action de ce remède. Qu'il suffise de dire » qu'il n'y en a pas dont les effets soient plus certains. Il » combat puissamment, si non rapidement, un grand » nombre de symptômes, qui causent le plus d'inquiétude. C'est ainsi qu'il paraît prévenir le ballonnement du ventre, empêcher la fétidité des excrétions, » le collapsus et ramener les fonctions de la peau, des » intestins et des reins à leur état physiologique. Pas » de doute qu'il peut rester sans effet, lorsque la maladie » a atteint un certain degré d'intensité. Cela n'est » pourtant pas un argument contre l'emploi d'un remède » d'une utilité aussi étendue et d'une valeur aussi incontestable. »

Ces expériences s'accordent avec celles tentées en France, avec le chlorure de sodium, par M. Chomel, en 1835 et par M. Dor, à Marseille, en 1833, dans les fièvres typhoïdes. « M. Dor, dit M. Graves, attribue à l'usage » de ce remède un amendement plus rapide que j'aie » jamais vu suivre son administration. Je ne peux non » plus me rallier à l'assertion de M. Dor, que le chlorure de sodium, donné avec de grandes précautions, » amène une convalescence très-éloignée; car tous ceux » qui ont été témoins de mes essais, ont été surpris de » l'innocuité du médicament et du prompt rétablissement des malades. C'est peut-être la précaution que » nous prenions de diminuer aussitôt que possible la » quantité et la fréquence des doses, qui a rendu nos » résultats plus satisfaisans que ceux de M. Dor. »

Les expériences de M. Graves sons encore confirmées par celles de M. Stokes, qui a également obtenu les plus heureux succès de l'emploi du chlorure de sodium. Suivant lui, cet agent dissipe constamment, quoique insensiblement, tous les symptômes alarmans, et les malades entrent toujours dans une franche convalescense. M. Stokes fait la remarque que la maladie se termine sans qu'il s'opère de crise évidente.

Ostéosarcôme des deux mâchoires; désarticulation de la mâchoire; observation rapportée par W. Hetling, professeur de chirurgie et chirurgien en chef de l'infirmerie de Bristol.

Marguerite Hunt, âgée de 23 ans, d'une constitution scrophuleuse, d'un teint sâle, et d'un esprit très-borné, entra à l'hôpital de Bristol, le 27 janvier 1831, présentant du côté gauche de la face une tumeur large et saillante, qui s'étendait aux deux mâchoires et parais-

sant remplir toute la cavité de la bouche, soulevant et poussant devant elle les tégumens de la joue. La surface de la tumeur était déprimée et aplatie par l'effet de la résistance de la joue. Par cette même cause, une portion de son tissu lobulaire s'était partiellement développée vers le côté de l'angle de la bouche, où elle faisait saillie entre les lèvres. Les tégumens du nez, et de l'œil offraient de même une difformité hideuse. La tumeur s'étendait de la mâchoire supérieure à la mâchoire inférieure ; l'adhérence qu'elle avait contractée avec cette dernière, était tellement intime qu'elle empêchait entièrement ses mouvemens, de sorte que la malade ne pouvait mâcher ni même presque articuler ses réponses, qui n'étaient qu'un murmure inintelligible. Dans cet état, sa seule nourriture consistait dans des substances liquides, qui n'étaient avalées qu'avec difficulté.

En examinant avec attention l'intérieur de la bouche, on s'assura, à l'aide du doigt, que la tumeur avait pris son origine dans l'os maxillaire supérieur ; et qu'en se développant, elle s'était peu à peu étendue en arrière dans la partie palatine de la bouche ; l'action musculaire de la joue avait en même temps exercé une pression, qui avait imprimé à la tumeur une direction en avant et en bas, vers l'os maxillaire inférieur ; pression, qui, ensemble avec l'accroissement continuel de la tumeur, avait occasionné la résorption d'une grande partie de cet os. Les bords et les apophyses des deux mâchoires avaient presque tout à fait disparu de ce côté de la face ; il ne restait plus une seule dent à la mâchoire supérieure ; la mâchoire inférieure en présentait encore quelques-unes mais elles étaient vacillantes et comme enchâssées dans le tissu médullaire de la tumeur. Une circonstance rare et qui n'était pas défavorable à l'opération, c'était que la tumeur, en s'insinuant entre les deux mâchoires, et en les fixant dans leur position par ses adhérences avec l'une et l'autre, empêchait la bouche de se fermer. Il fût ainsi possible de s'assurer par l'exploration de l'intérieur de la bouche, qu'aucun travail adhésif, ulcératif ou de dégénérescence fongueuse, ne s'était développé entre la surface de la tumeur et la joue, quoiqu'elles se fussent toujours trouvées en contact immédiat. L'état sain de la joue, et le défaut d'adhérence étaient des circonstances assez encourageantes pour engager à pratiquer l'opération. Les glandes du cou n'étaient pas malades.

La tumeur était solide au toucher à l'extérieur par l'effet de la tension de la joue ; touchée à l'intérieur elle était molle, peu résistante et à peu près de la consistance du cerveau. Son volume équivalait à peu près à celui d'une grosse pomme d'orange.

D'après les renseignemens fournis par les parens de la malade, la tumeur avait commencé à l'âge de onze à douze ans, à la suite d'un refroidissement. Plusieurs dents du côté affecté étaient tombées. La malade avait perdu en dernier lieu beaucoup de sang par la bouche.

On eut soin, quelques jours avant l'opération, d'arracher les dents qui restaient et auraient pu gêner l'opérateur.

16 *Février.* — La malade fut couchée horizontalement sur une table sur son côté droit, la tête élevée de manière que la joue était placée dans la position la plus favorable pour l'opération. Deux doigts furent introduits dans l'angle de la bouche entre la tumeur et la joue, en suivant la direction de l'articulation. L'opérateur incisa ensuite les tégumens jusqu'au lobe de l'oreille ; une autre incision fut dirigée du bord sous-orbitaire en bas vers l'angle de la mâchoire inférieure, en se croissant dans le centre de la première incision. Quelques branches de l'artère faciale, qui donnaient, furent liées immédiatement. En renversant alors les lambeaux de l'incision cruciale, on découvrit la surface externe, irrégulière et lobulaire de la tumeur, de sorte qu'on pût circonscrire sa base et ses attaches. La base de la tumeur occupait la portion palatine et maxillaire de la mâchoire supérieure; par suite de son immense accroissement, le sommet de la tumeur était poussé en bas et attaché au bord saillant de la mâchoire inférieure, presque jusqu'à la symphyse du menton ; elle s'étendait tout le long du bord alvéolaire dans une direction presque horizontale, depuis le trou mentonnier jusqu'à l'apophyse condyloïdienne ; toute cette portion de l'os avait disparu par résorption ou se trouvait dans un état de carie par suite de la pression de la tumeur. La tumeur entourait la mâchoire inférieure tant en dehors qu'en dedans, de sorte que le corps de l'os était, pour ainsi dire, enchâssé dans la substance de la tumeur ; ainsi les deux côtés de l'os avaient été exposés pendant longtemps à l'action de la résorption. L'opérateur procéda à l'aide du scalpel et des doigts à la séparation de la substance de la tumeur de sa base et de ses adhérences ; ce temps de l'opération demanda assez de temps à cause des ramifications de la tumeur, qui avaient pénétré partout où elles avaient pu s'insinuer. Cela fait, on découvrit une grande surface irrégulière de l'os à l'état de carie, qui s'étendait dans la mâchoire supérieure, depuis le pharynx à travers le palais jusqu'à l'os malaire. Il ne restait plus le moindre vestige de parois mince de *l'antrum.* Le plancher de l'orbite n'était heureusement pas atteint de l'altération. A l'aide des pinces, des tenailles de Liston, de petites scies, etc., on enleva toutes les parties malades de l'os qu'il fut possible d'ôter ; toute la surface fut ensuite râclée au moyen du scalpel. Ce temps pénible et difficile de l'opération étant accompli, on avait gagné assez d'espace pour procéder à l'exarticulation de la mâchoire inférieure.

Toute une portion d'os carié, qui s'étendait de la symphyse le long du bord supérieur jusqu'à l'articulation fut enlevée au moyen de la scie ; et après avoir divisé la partie antérieure du ligament capsulaire et séparé le muscle temporal de l'apophyse coronoïde, on acheva facilement la désarticulation de l'apophyse condyloïdienne. Cette partie importante, et compliquée de l'opération avait été facilitée par l'enlèvement préalable de toutes les dents et des apophyses alvéolaires.

Pendant l'opération, l'hémorrhagie ne fut pas alarmante, et dès que les branches de l'artère faciale en

furent liées, l'opération ne fut guère interrompue par l'écoulement du sang.

Les lambeaux de la joue furent réunis au moyen de trois points de suture. La plaie extérieure était déjà cicatrisée le quatrième jour après l'opération. Quinze jours après, la malade se promenait dans la salle; au bout d'un mois la mastication se faisait de l'autre côté de la bouche presque aussi bien qu'à l'ordinaire; et trois semaines plus tard (5 avril) la malade quitta l'hôpital. La tumeur présentait par tout le caractère ordinaire et homogène du tissu médullaire: elle était composée de masses irrégulières, qui, enfermées et plus ou moins séparées l'une de l'autre, par des cloisons minces et membraneuses, ressemblaient en couleur et en consistance à la substance du cerveau. En la coupant par tranches, on divisa quelques vaisseaux, qui laissèrent échapper quelques gouttes de sang de leurs orifices. En un mot, la tumeur possédait toutes les propriétés anatomiques qui caractérisent le sarcôme médullaire.

M. Stelling ajoute au cas qui précède plusieurs remarques intéressantes. Il blâme, entre autres, la grande confusion qui règne dans la nomenclature et la classification des tumeurs morbides des os. Le terme *osteosarcôme* lui paraît impropre, et il se rallie à l'opinion générale des chirurgiens distingués de nos jours, qui croient plus convenable de désigner les tumeurs osseuses d'après leurs caractères spécifiques.

« La plupart des auteurs, dit M. Stelling, emploient le terme *osteosarcôme de la mâchoire*, pour désigner une production morbide, dont le caractère distinctif consiste dans la ressemblance qu'elle offre avec le cerveau, la graisse, etc. Il est vrai que cette espèce de tumeur offre quelquefois d'autres élémens plus ou moins durs, pultacés, ou mous, telles que la matière fibrino-celluleuse, fibro-cartilagineuse, de sang coagulé, de sérosité, etc.; mais ces diverses substances se trouvent en général plutôt entremêlées avec le tissu fondamental et médullaire de la tumeur, qu'elles n'en constituent la partie essentielle; on peut les regarder, avec plus de raison, comme des élémens accidentels ou transformés, résultat d'une inflammation secondaire dans les parties après la formation de la tumeur. Je conçois par cela qu'on comprend sous le nom d'osteosarcôme un grand nombre des productions morbides différentes, d'un caractère malin; telles que le cancer de la membrane alvéolaire, l'exostose médullaire, le fongus médullaire, le sarcôme médullaire, le cancer médullaire, les formations encéphaloïdes, fibro-cellulaires, fibro-cartilagineuses, etc., etc. Ces productions morbides sont susceptibles de modifications presque infinies.

Il est peut-être utile, dans l'état actuel de nos connaissances, de distinguer deux classes d'osteosarcômes; la première, qu'on pourrait appeler accidentelle, provient de quelque cause locale, ou externe; l'autre, indépendante de l'action immédiate d'une cause locale, doit au contraire son origine à quelque altération générale de l'économie, altération qui réagit sur les fonctions importantes de la sécrétion et de la nutrition, et constitue ainsi ce qu'on appelle une maladie *sympathique*. On peut les subdiviser ensuite en osteosarcômes durs, fibreux, fibro-cartilagineux, etc., etc.

Quant à l'extirpation de l'osteosarcôme de la mâchoire, M. Stelling examine la question, s'il est convenable ou non, de faire la ligature de l'artère carotide primitive, avant d'enlever la tumeur. L'auteur croit devoir se rendre à la force des argumens et à la plus grande force des faits, qui prouvent, les uns et les autres, que la ligature de l'artère en question n'est non-seulement pas nécessaire, mais qu'elle est même dangereuse. La meilleure méthode à adopter est de lier les vaisseaux au moment qu'on les divise et de ne faire la ligature de la carotide primitive ou externe que dans le cas d'une nécessité impérieuse.

On a proposé de lier l'artère principale qui fournit à une tumeur de ce genre le sang nécessaire, et dans laquelle cette dernière puise les élémens de la nutrition, dans le but d'amener par cette opération l'atrophie de la production morbide. L'opinion de M. Stelling sur la valeur de cette méthode ne semble pas encore être arrêtée. Quant à nous, nous doutons si l'on doit en attendre beaucoup d'avantages. Les seuls cas, où l'on peut s'en promettre quelques chances de succès, sont les affections des vaisseaux mêmes. L'utilité de l'opération reste néanmoins toujours douteuse, même dans l'anévrysme par anastomose.

Recherches sur les effets du froid et du climat, et sur une nouvelle méthode d'apprécier le degré de réfrigération des corps; par le docteur Osborne.

Il serait intéressant de vérifier, au moyen de tables, la proportion des maladies produites par le froid. En examinant les malades de l'hôpital de Sir Patrick, il y a quelque temps, afin de se procurer quelques lumières sur cet objet, M. Osborne trouva que sur 57 cas de diverses formes de maladies, 34 devaient être attribuées au refroidissement. La manière avec laquelle le froid agit dans ces cas, fut distribuée ainsi : 12 étaient devenus malades par l'effet de vêtemens humides, 5 par l'effet des pieds mouillés, 3 après s'être baignés et 14 après s'être exposés à des courans d'air froid pendant que le corps était échauffé.

Il serait inutile de nous étendre sur l'importance des recherches concernant la nature et les effets de cet agent. La température du corps humain qu'on peut évaluer à 98° de Fahrenheit, est distribuée d'une manière si égale et uniforme que toutes les parties jouissent presque d'un degré égal de chaleur. Les habillemens viennent encore régulariser cette distribution du calorique, et donnent à l'homme l'aptitude de s'accommoder à la diversité des climats et des saisons. C'est ainsi que les Esquimaux du nord de l'Amérique et les habitans du centre de l'Afrique se comportent de diverses manières, dans le même but, savoir de maintenir un degré uniforme de température. L'homme a été extrê-

mement ingénieux à trouver les moyens propres à défendre la surface du corps contre les effets nuisibles du froid. Il reste cependant une surface d'une grande étendue qu'il lui est impossible de protéger : il ne saurait empêcher le contact du froid avec la membrane muqueuse des poumons. Quelque soit la propriété réfrigérante de l'air, lorsque celui-ci pénètre dans les poumons, il en sort toujours dans l'acte de l'expiration avec un degré de chaleur, qui s'approche de celle du sang. Or, en considérant qu'une quantité d'environ vingt-huit pieds cubes est nécessaire toutes les heures, pour que la fonction de la respiration puisse s'accomplir, nous pourrons nous former une idée de la grande quantité de calorique soustrait à l'économie par cette voie. On sait que tous les corps chauds laissent échapper de leur calorique en raison de leur température, jusqu'à ce que les objets environnans se sont élevés au même degré de température. Il résulte de là que dans les circonstances ordinaires, les poumons sont constamment employés à transmettre de leur calorique à la température de l'air inspiré. Il n'est pas facile d'indiquer la source de cette grande quantité de calorique. Les expériences de Sir B. Brodie prouvent du moins que sa production ne dépend pas de la respiration. Ce célèbre physiologiste a trouvé qu'en entretenant la respiration artificiellement, la circulation peut se faire et le changement de couleur du sang avoir lieu.

D'après ces considérations il résulterait que nous pouvons avec juste raison regarder la respiration comme un travail de réfrigération, au moyen duquel, dans certaines conditions de l'atmosphère, une grande quantité de calorique est soustraite à l'organisme. De cette opinion, il ressort plusieurs considérations intéressantes sous le rapport pathologique. Les effets de la diminution de la température sont très-remarquables et importans dans plusieurs formes des maladies des surfaces muqueuses, accompagnées de perte d'énergie, lorsque le froid de la surface et des extrémités indique que la faculté de produire du calorique se trouve loin au-dessous de son degré naturel. L'air recevant alors très-peu de calorique dans son passage, et arrivant dans les dernières ramifications des vaisseaux pulmonaires à un certain état de refroidissement, donne nécessairement lieu à une espèce de *torpeur* des vaisseaux capillaires, qui les empêche de réagir sur le sang. En examinant le corps après la mort, on trouve les cavités droites du cœur gorgées de sang. Un résultat défavorable du même genre peut provenir de l'application de l'air froid à la surface pulmonaire dans les fièvres typhoïdes, accompagnées de froid des extrémités et d'une diminution de l'énergie vitale. Nous pouvons expliquer par ce principe la plus grande fréquence des décès pendant la nuit ; et nous apprenons en même temps, combien il est important d'avoir soin de la température des appartemens, où des personnes malades sont couchées, afin de prévenir l'action d'une cause, qui peut si facilement devenir nuisible.

Chez l'individu sain, l'effet produit par l'application de l'air froid à la surface bronchique est léger et se limite principalement à la glotte et au larynx. On le sent le plus fréquemment, lorsqu'on passe subitement d'un appartement chauffé à l'air froid et humide. L'air pénètre-t-il jusque dans les ramifications des bronches, ses effets sont bien moins à craindre ; car pendant son passage même il acquiert déjà un tel degré de chaleur que ses propriétés nuisibles sont assez neutralisées. L'opinion vulgaire est que le séjour dans des chambres à coucher humides est très-propre à donner des refroidissemens. Cela n'a pas lieu pourtant, lorsque les personnes qui y séjournent, ont soin de maintenir leurs vêtemens bien secs. Un officier de santé m'a raconté qu'en adoptant une semblable précaution il avait réussi à préserver tous les soldats de son corps des effets du froid, dans une barraque humide et récemment blanchie où ils étaient logés. Tout individu bien portant élève la température du lit, dans lequel il est couché, à 80°, et ce n'est qu'en appliquant cette température aux poumons, qu'elle peut exercer quelque action nuisible.

« Je procède maintenant, continue M. Osborne, à l'examen des effets du froid sur l'estomac. Cet organe paraît posséder fort peu de sensibilité et pour le froid et pour la chaleur. Nous prenons du thé à la température de 140° et de la glace à la température de 32°, sans que l'estomac ne s'aperçoive de la différence. L'impression ne semble pas s'étendre au delà de la bouche et du pharynx, et nous voyons souvent des personnes qui ont ingéré des substances très-chaudes dans la bouche, faire passer la sensation de la chaleur, en les avalant. Le froid semble agir sur l'estomac plutôt comme stimulant que comme sédatif. Cette observation s'applique surtout à la glace. Beaucoup de personnes, qui en prennent pour éteindre la soif, sentiront le même besoin revenir avec plus de force peu de temps après. Quelquefois l'introduction de substances froides dans l'estomac est très-irritante et donne lieu à une inflammation intense ; on en a l'exemple dans cette forme de gastrite qui suit l'ingestion de l'eau froide après des exercices fatiguans du corps. Il est probable que dans ce cas l'action subite et énergique du froid, au lieu de provoquer une réaction, frappe le système vasculaire de torpeur et de distension, qui peut-être est le caractère de l'inflammation à sa première période.

Lorsque le froid s'applique à la surface du corps, nous observons deux résultats différens. L'application se fait-elle par transitions et la circulation est-elle en même temps active, le froid est rapidement suivi d'une vascularité passagère avec augmentation de chaleur et de rougeur. Le froid est-il au contraire intense et son action est-elle continue, il produira de la pâleur, la partie sur laquelle il s'applique, se raccornira, deviendra d'abord livide et se gonflera ensuite. Mettez à présent ces faits en rapport avec la dilatation des vaisseaux et la diminution de leur action tonique, telles que M. Alison l'a prouvé, et vous aurez encore quelques argumens de plus en faveur de l'opinion que le froid produit ses effets, en plongeant d'abord la partie dans un état de torpeur, qui, lorsqu'il ne cède pas à une réac-

tion momentanée et passagère, est remplacé par la réaction plus permanente et vigoureuse de l'inflammation.

Le grand nombre d'inventions de l'homme pour nous défendre contre l'influence du froid, au moyen des habillemens, des habitations et de la chaleur artificielle, prouvent combien la soustraction du calorique trouble notre bien-être. Les savans n'ont pas cessé jusqu'ici d'explorer avec assiduité les effets de la température sur le thermomètre et l'hygromètre, et d'observer avec grand soin leurs variations. Néanmoins il faut avouer que jusqu'à présent la météorologie n'a que peu, ou pas du tout, contribué à agrandir nos connaissances sur les phénomènes de la vie à l'état de santé et à l'état de maladie. Mais notez qu'on a entièrement négligé une des considérations les plus importantes, celle relative à la *faculté réfrigérante* de l'atmosphère pour autant qu'elle peut être simplement évaluée par nos sens. Le corps humain est en général placé dans un milieu plus froid qu'il ne l'est lui-même. Jamais le degré de la force réfrigérante, que ce milieu possède, n'a été mesuré avec précision ; on n'en a jugé jusqu'à présent que par la sensation de l'individu. Voici la méthode que j'ai employée pendant quelque temps pour mesurer le degré de force réfrigérante, propre à l'air atmosphérique dans diverses circonstances. Je me sers à cet effet d'un thermomètre, fait avec l'alcool et sans cadre, dont les degrés depuis 80 jusqu'à 90° inclusivement sont marqués avec soin. Chauffé jusqu'à 90 degrés, le thermomètre est exposé à l'influence réfrigérante de l'air en plusieurs endroits ; l'intervalle de temps, dont l'alcool a besoin pour descendre de 90 à 80, exprime la mesure de la force réfrigérante de l'air. Plusieurs expériences, faites à l'aide de cet instrument, m'ont appris que la force réfrigérante est en raison inverse du temps qu'il faut pour que l'alcool descende de son niveau de 90 à celui de 80. Je préfère le thermomètre fait à l'alcool, à celui fait au mercure ou à l'eau, parce que l'abaissement s'opérant moins rapidement, il se prête mieux à l'observation. J'ai choisi les numéros 80 et 90, parce qu'ils renferment les degrés ordinaires de température de l'extérieur du corps. Le thermomètre, dont je me sers, a un globe d'un pouce de diamètre et un tube de six pouces. Il sera nécessaire, pour que les expériences soient aussi exactes que possible, d'avoir un certain nombre de ces instrumens, chauffés à 90° et placés dans l'air à la température de 60°. On choisira alors celui qui, pendant plusieurs essais, descend à 80° dans le même espace de temps.

A l'aide de cet instrument, nous avons obtenu dans diverses expériences les résultats suivans ; chauffé à 90 et placé dans l'air libre à une température de 60°, l'instrument descendait en trois minutes de 90° à 80°, lorsqu'on le laissait tranquille ; exposé à un léger courant d'air, il descendait en une minute et quarante-huit secondes. A une température de 62°, il descendait en quatre minutes, quand il était tranquille ; l'air étant agité autour de lui au moyen d'un éventail de papier, il descendait en une minute et trente secondes. A une température de 68° 1/2, il descendait en quatre minutes, lorsqu'il était tranquille ; porté pas un individu, qui se promenait avec vîtesse, il descendait en deux minutes et quarante secondes. Ces expériences prouvent que dans la même température, la vîtesse de la réfrigération chez un individu à l'état de repos et chez un autre qui s'expose à un courant d'air, diffère en raison de cinq à un. Comparez à présent ce résultat avec le fait rapporté par le capitaine Parry, qui a trouvé que dans les régions polaires les hommes pouvaient supporter l'air à la température de zéro, lorsqu'ils étaient en repos, tandis qu'ils ne le pouvaient en se promenant. Considérez l'action réfrigérante qui est propre à l'air agité, il est probable que si les personnes, qui ont péri dans les trou noir (black-hole) de Calcutta, avaient fait asseoir quelqu'un des leurs sous la fenêtre et éventer ainsi le reste de leur compagnons, ceux-ci auraient pu être sauvés. On ne saurait mésurer par le thermomètre ordinaire cet effet de l'action réfrigérante de l'air agité. Il ne nous a fourni aucune information dans des endroits près de la côte, où l'action réfrigérante de l'air est très-grande. Cependant l'instrument que je viens d'indiquer, montre une différence très-appréciable. Ces observations s'appliqueront avec plus de force encore à la côte de l'ouest de l'Afrique et des Indes occidentales. Examinez les tableaux météorologiques de Thompson et vous n'y trouverez rien qui puisse expliquer la grande différence, en fait de danger, entre la température du jour et de la nuit. J'ai l'espoir que cet instrument pourra rendre raison des effets pernicieux qui dépendent de ces changemens, totalement inappréciables par le thermomètre ordinaire.

Plaie désespérée du cou, par suite d'une tentative de suicide; observation communiquée par M. D. Tyerman.

(Extraite d'une lettre.)

14 *Août*, 1834.—M....., âgé de 35 ans, d'une constitution robuste, se saisit dans un moment d'excitation pendant un paroxysme de *delirium tremens*, d'un couteau de table et s'en enfonça la lame dans le côté droit du cou, de sorte que la pointe, entrant au-dessous du lobe de l'oreille et derrière l'angle de la mâchoire, blessa l'artère carotide externe et, à en juger par l'étendue de la plaie, l'artère carotide interne et la veine jugulaire interne. La pointe de l'instrument pénétra dans le pharynx et alla heurter contre les vertèbres. En tirant une ligne du milieu de l'espace compris entre le lobe de l'oreille et l'angle de la mâchoire à travers la lèvre inférieure, on aurait à peu près une idée de la direction de la blessure.

Me trouvant avec M. Th. Norris dans le voisinage, nous fûmes immédiatement appelés chez le malade que nous trouvâmes en syncope par suite de l'hémorrhagie. Le sang sortait en jet de la plaie et de la bouche ; la lèvre inférieure était tirée vers le côté gauche.

Le malade étant couché sur le dos, j'introduisis mon doigt dans la plaie, et passant dans le pharynx je sentis distinctement le mouvement spasmodique de ses fibres, ainsi qu'une entaille, produite par le couteau, au ligament antérieur qui recouvre le corps de la seconde vertèbre cervicale. Dans ce moment le malade, en s'efforçant de cracher le sang qui coulait dans la bouche, déprima la mâchoire, dont l'angle dénudé par le couteau pressait avec force contre mon doigt. J'arrêtai en grande partie l'hémorrhagie de cette manière. Néanmoins malgré ce moyen, aidé de la compression que j'exerçais avec ma main droite sur le tronc primitif de la carotide, le sang ne cessa pas de couler, jusqu'à ce que j'enfonçai profondément dans la plaie avec mon doigt indicateur droit un gros tampon de charpie, et retirant en même temps le doigt de la main gauche. L'hémorrhagie fût ainsi arrêtée pour le moment.

Je proposai immédiatement la ligature de l'artère carotide primitive. M. Norris étant d'accord sur cette proposition, je fis l'opération et je liai l'artère au-dessous du muscle omo-hyoïdien, pendant que mon collègue se tenait prêt à faire la compression de l'artère aussi bas que possible, si l'hémorrhagie venait à se renouveler. Nous ne perdîmes pas de sang pendant l'opération, et la ligature arrêta toute hémorrhagie ultérieure. Malgré l'immense quantité de sang écoulé, qu'on pouvait évaluer à environ seize livres, le malade ne tomba pas en défaillance. Il ne pouvait s'être écoulé plus d'une minute entre le moment de la blessure et notre arrivée; et environ une livre et demi de sang s'était encore écoulée de la plaie et de la bouche en notre présence. Le malade fut transporté dans son lit, après avoir resté une heure ou deux étendu sur le plancher, et après s'être un peu remis. Le pouls était à 60 et faible.

Nous nous décidâmes à soumettre le malade à l'action de l'opium, et nous donnâmes par conséquent, *liq. op. sed. gtt.* X, *sextis horis*. Les intestins avaient été évacués le matin, au moyen d'un lavement et d'un purgatif. Pendant le reste de la soirée il resta dans l'assoupissement.

15 *août, au matin*. Le malade est assoupi; il n'a guère joui d'un sommeil naturel. Pouls 96, petit, offrant la dureté propre au pouls des hémorrhagies (hemorrhagic hardness), langue sèche, lisse; le mouvement est pénible et douloureux du côté droit. Soif, peau chaude et moite, déglutition difficile, mais cependant possible sans sonde œsophagienne, point d'hémorrhagie. Le malade a craché quelques petits caillots. Suintement séro-sanguinolent des plaies. Diminution de la sensibilité et de la chaleur du côté droit de la face. (Lait et Arrow-root. Repet. med.)

Minuit. Sommeil imparfait d'une heure, les yeux à demi-ouverts, et interrompu par des sursauts. Respiration accompagnée d'un gargouillement. Pouls 100, plus mou et plus plein avec de légères irrégularités. Peau moite. Déglutition difficile, mais sans douleur.

16 *août, au matin*. Grande agitation pendant la nuit. Le tampon de charpie, qui occasionne beaucoup de malaise et de la difficulté de respirer, est lentement retiré de la plaie, sans qu'il ne s'en suive de l'hémorrhagie. Il est couvert d'un pus de bon caractère et les surfaces de la plaie présentent des granulations saines. Le tampon est remplacé par un bourdonnet, à renouveler tous les jours, et la plaie couverte d'un cataplasme. La déglutition et la respiration sont plus faciles, dès qu'on a enlevé le tampon. Constipation, langue sèche. (Lavement d'une décoction de son; même régime. Repet. opium.)

Minuit. Sommeil de trois à quatre heures; le malade s'éveille en sursaut. Les urines passent involontairement en petites quantités et exhalent une forte odeur ammoniacale. Une douleur à l'estomac, dont il se plaint, cède à des petites quantités d'eau-de-vie étendue d'eau. (Même prescription.)

17 *août*. Amélioration; sommeil de plusieurs heures. La plaie est en pleine suppuration et la déglutition beaucoup moins difficile. On cesse l'emploi de l'opium.

18 *août*. La langue devient humide et ses bords se nettoient. La soif est moins intense. Les intestins étant dans l'inaction, nous prescrivons Rhei gr. VIII, calomel. gr. II: le remède ne tarde pas à opérer, et le pouls tombe aussitôt de 100 à 72. La fatigue, occasionnée par le changement du lit, a donné lieu à une légère syncope. Les urines sont sécrétées en plus grande quantité, le malade les retient; elles ont tout à fait perdu leur odeur ammoniacale. On a repris l'usage de l'opium à cause de l'augmentation de l'irritabilité du malade; il prend en même temps des petites quantités d'eau-de-vie étendue. (Vin de Porto avec Arrow-root.)

La ligature tombe le 25. L'agitation continue encore, surtout pendant la nuit.

1er *septembre*. Le malade reste debout pendant trois ou quatre heures, et se promène dans la chambre. Il reste encore quelque agitation pendant la nuit. Les forces reviennent rapidement. Dès lors la guérison fit des progrès rapides, sauf que la figure porta longtemps les traces de l'anémie. La cicatrice de la plaie était déprimée et s'étendait depuis le bord du muscle sterno-cléido-mastoïdien, là où il passe à son point d'insertion, jusqu'à l'angle de la mâchoire. La lèvre inférieure restait encore tirée vers le côté gauche, et l'articulation des mots était par conséquent imparfaite.

Sur les signes de la grossesse, fournis par l'auscultation. (Extrait de l'ouvrage allemand; *Holl, die geburtshuelfliche Exploration*, Halle, 1833.)

Les bruits qu'on perçoit en appliquant l'oreille à l'abdomen d'une femme non enceinte, sont dans la majorité des cas ceux produits par le gargouillement des contenus gazeux et liquides des intestins et des pulsations de l'aorte ou de quelque autre gros vaisseau. Le premier de ces bruits est trop caractéristique, pour qu'il puisse être confondu avec un autre bruit. L'autre est une pulsation simple et uniforme, qui n'est ordinai

rement accompagnée d'aucun bruit distinct de soufflet ou de sifflement. Ce bruit de pulsation s'entend en général le mieux à la région épigastrique du côté gauche. Parfois on distingue un bruit semblable dans la partie correspondante du côté droit, qui provient probablement des pulsations de l'artère cœliaque. Souvent on entend aussi dans la région iliaque gauche une pulsation, accompagnée quelquefois d'un murmure confus et provenant de l'artère iliaque gauche. Ce murmure dépend probablement de la position relative de la grosse artère et de la veine, dont l'une se trouve placée au-dessous de l'autre, de sorte que la première est en quelque sorte comprimée.

M. Hohl a examiné, au moyen du stéthoscope, plusieurs femmes pendant la période menstruelle, et il n'a pu découvrir aucun bruit particulier.

Chez des femmes récemment accouchées et surtout lorsque l'utérus n'est pas encore entièrement revenu sur lui-même on entend un faible bourdonnement à la partie où le bruit placentaire s'est fait entendre durant la grossesse et le travail de l'accouchement. Il est un peu distinct à chaque pulsation de l'artère radiale et un très-court intervalle le sépare du pouls du cœur. Dès que l'utérus a repris son volume, et que les douleurs de contraction ont cessé, on n'entend plus cette espèce de bourdonnement.

Dans les premiers mois de la grossesse, on entend les gargouillemens des intestins comme chez les femmes non enceintes. Ils deviennent beaucoup moins distincts après le sixième et le septième mois ; et dans le huitième et neuvième mois ils ne sont perceptibles que sur les côtés de l'abdomen. Ce changement provient du déplacement graduel des intestins par suite de l'augmentation du volume de l'utérus, qui sort du bassin et les pousse en haut et en arrière.

Or, dans des cas douteux de grossesse il peut être important de faire attention à la circonstance que nous venons d'indiquer, quoi que ce symptôme ne soit que d'une valeur secondaire. Nous arrivons à présent à la considération des signes caractéristiques ou pathognomiques de la grossesse, fournis par l'auscultation.

Tous les médecins accoucheurs, versés dans l'art de l'auscultation, sont d'accord qu'on entend dans l'abdomen d'une femme enceinte, du moins à une certaine période de la grossesse, deux bruits qu'on ne peut entendre chez la femme hors de l'état de grossesse. L'un de ces bruits est simple, uniforme et sourd ; il est ordinairement accompagné d'un bruit de soufflet, d'un sifflement ou d'un murmure, et synchronistique avec les pulsations de l'artère radiale. L'autre est beaucoup plus rapide et plus brusque que le premier; il est double, ressemble au tic-tac d'une montre et est tout à fait indépendant du pouls de la mère ; ce dernier et le premier bruit ne sont du moins que rarement ou jamais synchronistiques. Ces deux bruits sont par conséquent si dissemblables dans leurs caractères, qu'il est impossible de les confondre l'un avec l'autre. Quant aux siéges de ces bruits, l'opinion a prévalu jusqu'aujourd'hui, que le premier bruit ou le bruit de soufflet provient du passage du sang utérin dans ou à travers le placenta. C'est ce qui lui a valu le nom de bruit placentaire. D'autres auteurs ne voulant pas suggérer une hypothèse par la dénomination même, préfèrent la désigner par le terme de pulsation avec souffle, ou de battement simple avec souffle. Ritgen l'appelle le *grand battement*, parce que ce bruit a de la ressemblance avec le bruit qu'on entend ordinairement dans les tumeurs anévrysmatiques et plus spécialement dans cette variété d'anévrysme, où il y a communication directe entre une artère et une veine. L'étendue dans laquelle on entend ordinairement le bruit placentaire, n'excède pas le diamètre d'un pouce et demi, ou de deux pouces. Il n'y a pas d'intermission complète entre chaque bruit placentaire, car on entend en général dans les intervalles un bruit obscur et continu, qui, quoique beaucoup plus faible, ressemble au bruit placentaire proprement dit. Un bruit semblable et synchronistique avec le bruit placentaire, se fait quelquefois entendre à la partie correspondante du côté opposé de la région hypogastrique, là où on entend ce dernier le plus distinctement. Cela ne provient sans doute que de la résonnance du bruit principal ; il faut cependant que cette résonnance soit perceptible, que l'utérus soit très-distendu par les eaux de l'amnios et que ses parois soient résistantes et parfaitement saines. M. Hohl nous assure que dans quelques cas il a même distingué la fluctuation du liquide amniotique, et que ce dernier bruit était toujours le plus distinct immédiatement avant quelque mouvement du fœtus ou avant une contraction de l'utérus. Souvent le bruit placentaire devient subitement beaucoup moins perceptible qu'il ne l'a été une minute auparavant. Cela peut être occasionné par un changement quelconque dans la position de la femme, ou par un mouvement de l'enfant.

Le second bruit, particulier à l'état de grossesse, est tellement remarquable qu'une fois entendu il ne saurait plus être confondu avec un autre bruit. Il ressemble le plus, comme nous venons de le dire, au tic-tac d'une montre, écouté à quelque distance. Le nombre des battemens dans une minute varie ordinairement de 108 à 170 ou 180. Il s'accélère après chaque mouvement de l'enfant, et reprend insensiblement sa première fréquence, dès que le mouvement cesse. D'autres fois il cesse subitement de se faire entendre, et plus tard il revient aussi subitement qu'il avait cessé. Il est tout à fait indépendant du pouls de la mère et aucune variation de ce dernier ne semble l'affecter. Quant aux *siéges* ordinaires des bruits placentaire et fœtal, M. Hohl dit avoir en général trouvé le premier dans l'hypogastre droit, à l'endroit correspondant à la partie supérieure et postérieure de l'utérus. Chez des femmes, enceintes pour la première fois, c'est presque invariablement dans cette partie qu'on entend le bruit placentaire. Dans les grossesses suivantes, on l'entend souvent plus bas et parfois sur le côté gauche. Au fur et à mesure que la grossesse avance, le bruit placentaire s'élève avec l'utérus dans l'abdomen.

On entend le bruit fœtal en général dans la région épigastrique ou hypogastrique gauche. Parfois, mais

rarement, on l'entend sur le côté droit; et plus rarement encore sur le trajet de la ligne blanche. Nous pouvons affirmer, comme une remarque générale, qu'on entend le bruit placentaire sur le côté droit, et le bruit fœtal sur le côté gauche. Quelquefois cependant, l'inverse a lieu, ce qui est assez rare. D'autres fois on entend les deux bruits sur le même côté; mais alors le bruit placentaire est presque toujours situé plus haut que le bruit fœtal. Il y a cependant aussi des exceptions à cette règle.

M. Hohl n'a jamais pu découvrir, ni le bruit placentaire, ni le bruit fœtal en appliquant l'oreille à la région dorsale de la mère.

Relativement aux périodes de la grossesse, où les deux bruits commencent ordinairement à devenir perceptibles, les résultats de l'expérience de M. Hohl coïncident avec ceux de la plupart de ses prédécesseurs. Il n'a jamais pu distinguer le bruit placentaire avant le quatrième mois, mais fréquemment dans le cours de ce mois. On l'entend ordinairement à cette période dans la région hypogastrique droite d'une manière obscure, comme s'il était répandu dans une étendue considérable, sans qu'il soit plus distinct dans l'un ou l'autre point. C'est pendant le cinquième mois qu'il semble se concentrer ou devenir plus clair et plus distinct dans un certain point. M. Hohl a observé plus d'une fois que le bruit placentaire devenait insensiblement plus obscur à mesure que la grossesse fait des progrès, sans toutefois cesser entièrement; mais on peut établir en règle générale, qu'à mesure que la grossesse fait des progrès, le murmure placentaire devient plus fort et plus étendu, jusque vers la fin du neuvième mois, où il semble plutôt se circonscrire dans une étendue plus limitée qu'il ne l'a été auparavant. L'auteur n'a jamais distingué le bruit fœtal avant la fin du quatrième mois, et rarement même aussitôt. Dans le cinquième mois, il est encore très-faible et peu distinct, et ce n'est que vers le milieu ou la fin du sixième mois qu'on le reconnaît facilement. A raison des progrès de la grossesse, il devient plus régulier et plutôt plus lent que dans les premiers mois.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails des expériences qu'il a faites, pour prouver que le bruit placentaire est invariablement et uniformément synchronistique avec le pouls de la mère; et que, par conséquent, il est affecté par tous les changemens dans la fréquence et la force de ce pouls. Le bruit fœtal, d'autre part, est tout à fait indépendant de tous ces changemens. Il semble pourtant que l'énergie du pouls fœtal souffre, lorsque la respiration de la mère est gênée d'une manière quelconque.

M. Hohl n'a jamais pu constater si le pouls fœtal éprouve quelque altération par l'effet des émotions morales, qui affectent la mère. Ce n'est pas sa fréquence, mais plutôt sa force, qu'il croit pouvoir être affectée par une telle cause.

Relativement à l'influence des maladies de la mère sur le pouls fœtal, M. Hohl a trouvé que celles accompagnées de quelques troubles dans la respiration, exercent l'effet le plus marqué. La respiration est-elle très-gênée par une cause quelconque, le pouls fœtal devient ordinairement de plus en plus faible, jusqu'à ce qu'on ne l'entende plus. Dans d'autres états morbides, pourvu que la respiration n'y est pas très-intéressée, il semble être peu dérangé, ou pas du tout.

L'auteur cite le cas d'une femme enceinte, qui, dans un état d'aliénation mentale, avait fait plusieurs tentatives pour se pendre, et qui, n'ayant pas réussi à se suicider de cette sorte, s'était jetée dans un étang. Elle fut heureusement sauvée; mais ce ne fut qu'avec peine qu'on la rappela à la vie. Dans le cours de la nuit suivante, elle donna naissance à une petite fille vivante. Les grandes pertes de sang rendent le pouls fœtal faible et intermittent, ou même tout à fait imperceptible.

Pendant le règne du choléra, l'auteur a eu plusieurs fois occasion de vérifier l'état de la circulation utérine et fœtale chez des personnes atteintes de cette terrible maladie. Si cette affection ne présentait point un caractère grave, ou si elle se présentait sous la forme qu'on a appelée cholérine, M. Hohl trouvait alors que le murmure placentaire était plus faible et moins distinct, et que le pouls fœtal n'était que peu affecté, tant en fréquence, qu'en énergie. Mais dans des cas plus graves, lorsque les crampes étaient violentes et l'épuisement général très-grand, l'auteur a observé les changemens suivans, dont il a pris note dans quatre cas de grossesse, dont trois étaient parvenues au cinquième mois, et l'autre au sixième mois. Dans un cas, où le pouls radial avait complétement disparu, on trouva le murmure placentaire d'abord plutôt augmenté que diminué, et aucun changement ne se fit sentir dans le pouls fœtal. Bientôt cependant, le premier bruit diminuait en force, sans disparaître pour cela entièrement. M. Hohl employait souvent dans le choléra les affusions sur la poitrine avec de l'eau froide, dans l'intention de rendre la respiration et la circulation plus libres; ce simple remède, dit-il, fut si puissant que souvent le sang, qui auparavant s'écoulait à peine par gouttes de la veine, commençait à couler par jet, dès qu'on appliquait le froid. Dans le même cas, ce remède eût un effet très-marqué sur le bruit placentaire, qu'il rendait à la fois plus énergique et plus distinct. Le pouls fœtal n'éprouva pendant tout le temps que peu d'altération. La femme guérit, et porta son enfant à terme.

Dans un autre cas, le bruit placentaire disparût à mesure que le pouls du bras s'évanouit. Le pouls fœtal devint plus rapide et moins distinct jusqu'à ce qu'il disparût peu à peu. Le travail commença et se fit presque sans douleurs; un fœtus mort fut expulsé, la femme ne semblait pas se rappeler ce qui s'était passé.

Dans un troisième cas, la femme, âgée de 30 ans, fut saisie d'un véritable choléra. Le bruit placentaire fut presque immédiatement affecté, et le pouls fœtal devint plus faible et plus rapide. Le lendemain le pouls fœtal n'était plus perceptible. Le travail commença dans l'après-dîner après un fort frisson. Le vagin était très-chaud au toucher, et le segment in-

férieur de l'utérus, qui entourait la tête du fœtus, relâché, descendait profondément dans le bassin. L'orifice de l'utérus se présentait au doigt comme un morceau de cire tendre. Les douleurs de l'enfantement étaient très-faibles. Après trois heures de durée un enfant mort fut expulsé, et le placenta suivit immédiatement.

Dans deux cas, où les règles continuèrent jusqu'au sixième mois de la grossesse, l'auteur a observé que pendant la période de l'écoulement, le bruit placentaire était plus clair et plus sifflant que dans les intervalles. On peut attribuer cette augmentation du bruit à l'augmentation des vaisseaux utérins, qui a lieu immédiatement avant et pendant l'exhalation menstruelle. Nous avons déjà remarqué que le murmure placentaire devient plus distinct pendant les douleurs de l'enfantement, ce qui sans doute provient de la même cause. Le pouls fœtal n'éprouva pas d'altération dans les deux cas que nous venons de mentionner.

Changemens des deux bruits pendant l'accouchement.

L'altération du bruit placentaire par l'effet du travail est beaucoup plus uniforme que celle du bruit fœtal. Il devient ordinairement plus fréquent, plus marqué et plus sourd pendant tout le travail et surtout immédiatement avant les contractions utérines. Ces changemens sont en effet tellement marqués, qu'à l'aide de l'auscultation, nous pouvons indiquer l'approche et la continuation d'une douleur, avant même que la femme fait entendre des plaintes.

Sitôt ou même avant que la douleur commence, nous entendons un bruit subit, brusque et gargouillant (rustling sound), qui prabablement est occasionné par l'agitation du liquide amniotique, par l'effet de la contraction des parois utérines et des mouvemens du fœtus. Presque au même instant, le murmure placentaire devient plus clair et plus distinct, et est accompagné de bruits sifflans, assez semblables à ceux qu'on produit en mettant une corde en vibration, et qui n'étaient pas perceptibles auparavant. A mesure que la douleur devient plus forte, le bruit placentaire semble s'éloigner de plus en plus de l'oreille et devient enfin extrêmement sourd ou disparaît entièrement. Dès que la douleur parvient à son summum et qu'elle cesse, le bruit revient graduellement et reprend peu à peu l'intensité qu'il avait au commencement de la douleur et ses caractères primitifs, savoir ceux qui lui étaient propres avant la contraction utérine. Ces phénomènes ne sont pas reconnaissables, lorsque les douleurs sont en quelque sorte irrégulières; l'augmentation de la clarté du bruit et son éloignement apparent à une plus grande distance de l'oreille, sont alors très-partiels et imparfaits. La même remarque s'applique lorsque les douleurs sont extrêmement intenses et brusques. En effet, l'accoucheur versé dans l'art de l'auscultation, peut, en observant simplement les changemens qui se font dans le bruit placentaire pendant la durée de la douleur, préciser de la manière la plus exacte, l'existence et le caractère de la douleur, même si la femme s'efforçait de la retenir. Si pendant la douleur le pouls du bras devient plus plein et s'accélère (et cela a presque toujours lieu), le bruit placentaire s'en ressentira, et on remarquera ce qu'on pourrait appeler avec quelque raison un flux et un reflux régulier de son intensité.

M. Hohl ayant eu occasion d'observer dans plusieurs cas les effets du seigle ergoté sur les bruits utérins, a trouvé que, généralement peu de temps après l'administration de cette substance, l'intensité du bruit placentaire était augmentée, même avant que la femme ne sentait ou exprimait l'accroissement des douleurs.

Les effets des douleurs de l'enfantement sur les pulsations fœtales sont très-considérables. Immédiatement avant le début d'une douleur et au moment même où l'on s'aperçoit du bruit *gargouillant*, occasionné par le liquide amniotique, le pouls fœtal perd plutôt de sa clarté et semble s'éloigner de l'oreille. Mais ces changemens sont très-légers et ne tardent pas de cesser. Il faut sans doute les attribuer, à un certain degré, aux mouvemens du fœtus, et voilà la raison pour laquelle on ne les perçoit ordinairement plus, lorsque la tête est fixée dans la cavité du bassin. Le liquide amniotique s'étant écoulé et l'enfant s'avançant vers le détroit inférieur, le pouls fœtal descend, comme cela s'entend, plus bas dans l'abdomen. Quand les douleurs sont très-violentes, le pouls fœtal est moins perceptible. Quelquefois on ne l'entend plus du tout, quoique l'enfant continue de vivre.

Quelques différences d'opinion ont régné parmi les auteurs, relativement à la cause efficiente et l'origine du bruit placentaire.

Il semblerait en effet que ce bruit est dû au passage du sang dans et à travers la substance du placenta. M. Hohl produit les argumens suivans en preuve de cette assertion.

1° On n'entend rien de semblable chez des femmes hors l'état de grossesse. Car ce murmure pulsatoire, n'est pas une simple pulsation, comme celle d'une grosse artère, ce n'est pas un battement simple et uniforme; mais c'est un bruit composé et *gazouillant*, tantôt plus brusque et plus haut, tantôt plus sourd et plus bas; dans ce moment *sifflant*, et dans un autre *chuchotant* (whistling, hissing sound.) Ces bruits ne sont cependant que des accompagnemens du bruit primitif et essentiel et servent à prolonger chaque impulsion. On pourrait, par conséquent, dire que ce murmure pulsatoire consiste dans une pulsation principale, et une résonnance, ou dans un bruit consécutif, qui l'accompagne; pendant que ce dernier dure, une autre pulsation principale revient, de sorte qu'il n'y a jamais d'intervalle complet de repos ou d'intermission de bruit.

2° Une oreille exercée entend le bruit placentaire chez toute femme enceinte.

3° Ce bruit commence à se faire apercevoir, lorsque les vaisseaux utérins se dilatent et se prolongent, pour former la portion utérine du placenta. Ce dernier est développé vers le quatrième mois, et c'est ordinairement à cette période qu'on commence à distinguer le bruit. Celui-ci devient immédiatement plus obscur pendant l'expulsion de l'enfant, lorsque l'utérus s'est contracté considérablement sur lui-même et que la réunion

intime entre les parois et le placenta adhérent est plus ou moins interrompue. Même avant que le travail a commencé, et en général pendant la dernière ou les deux dernières semaines de la gestation, le murmure placentaire est moins distinct qu'il ne l'a été, et c'est alors qu'il acquiert un caractère particulier et sifflant (piping or whistling character). Ces modifications du bruit sont probablement dues à certains changemens dans le placenta et à ce que dans ce moment une petite quantité de sang circule dans sa substance. L'afflux du sang vers l'utérus étant moins grand vers la fin du neuvième mois, on conçoit que l'impulsion du sang à travers les vaisseaux utérins est moins intense, d'où résulte que le murmure placentaire n'est pas non plus aussi fort qu'il ne l'avait été précédemment. Il n'est pas facile de déterminer la cause de ce sifflement, qui accompagne si fréquemment le bruit placentaire dans les dernières semaines de la grossesse. Peut-être provient-il de l'obstruction partielle des vaisseaux utérins, qui empêche le libre passage du sang. M. Hohl dit que dans les cas où il a le mieux distingué le sifflement, il a trouvé le placenta après son expulsion dans un état d'altération considérable et de raccornissement, comme s'il avait déjà resté pendant quelque temps hors du corps.

4. On entend le murmure placentaire beaucoup plus fréquemment sur le côté droit que sur le côté gauche et en général vis-à-vis du fond de l'utérus. Notez maintenant que cela s'accorde parfaitement avec l'expérience des auteurs, savoir que le placenta se trouve attaché le plus souvent dans le fond de la matrice et plus fréquemment sur le côté droit que sur le côté gauche; on peut en inférer avec toute raison qu'il existe un rapport de connexion entre le siége de ce bruit et la position du placenta.

Chaque fois que le placenta se trouve attaché au-dessus de l'orifice utérin, on entend invariablement le murmure pulsatoire vis-à-vis de cette partie de la matrice. Alors le bruit est aussi toujours moins distinct que dans les circonstances ordinaires, sans doute à cause que le col de l'utérus se trouve placé plus profondément dans l'abdomen, et parce que ses vaisseaux sanguins n'acquièrent jamais le même volume que ceux du fond de la matrice.

5. Quelques accoucheurs ayant attribué le bruit placentaire à la compression partielle exercée par l'utérus à l'état de grossesse sur les vaisseaux iliaques, l'auteur cherche à démontrer la fausseté de cette hypothèse par les expériences suivantes: Il examina plusieurs femmes dans diverses attitudes; étant debout, couchées sur le dos, se courbant en avant et appuyées sur les genoux et les mains, de sorte que l'abdomen tombait le plus que possible en avant et qu'aucune pression de l'utérus sur les artères situées en arrière de cet organe ne fût possible. Or, le bruit placentaire étant perceptible dans toutes ces positions, nous pouvons en inférer qu'il est indépendant de tout vaisseau qui n'appartient pas essentiellement à l'utérus. Ce qui vient encore corroborer cette conclusion, c'est que lorsqu'on applique le stéthoscope sur les côtés du bassin ou de l'abdomen, pendant que la femme s'incline en avant, on distingue souvent clairement les pulsations des artères iliaques, pulsations qui pourtant diffèrent beaucoup de la pulsation *murmurante* qui nous occupe.

6. L'étendue, dans laquelle on entend ordinairement ce murmure, est circonscrite dans un espace, qui correspond presque au volume du placenta. Cette étendue est considérablement plus petite dans les premiers mois de la grossesse que dans les périodes plus avancées; et l'auteur a trouvé que dans les cas de jumeaux et de trijumeaux, le bruit s'entend en général sur un espace beaucoup plus large que lorsqu'il n'existe qu'un seul fœtus.

7. M. Hohl assure qu'il pourrait prédire, avec un certain degré de certitude, la présence d'un dépôt calcaire dans le placenta (état qui se trouve ordinairement dans le placenta à terme), par la perception d'un certain *son sifflant* qui accompagne le bruit placentaire ordinaire.

8. La clarté et l'étendue du bruit placentaire diminuent dès que le placenta se détache en partie, par une cause quelconque. Lorsque le décollement du placenta est complet, le bruit cesse entièrement.

9. Personne n'ignore qu'il est des femmes qui accusent pendant la grossesse, une douleur fixe à la partie de l'utérus, où l'on croit en général que le placenta se trouve attaché. M. Hohl a examiné un grand nombre de ces cas et a toujours reconnu le bruit placentaire au dessus de cette partie. Il a également observé que, lorsque le cordon ombilical était entortillé autour du cou de l'enfant et que la traction produite pendant le travail de l'accouchement occasionnait une douleur dans un point de la matrice, ce point correspondait toujours à l'endroit même où on avait entendu le bruit pendant la grossesse. En outre, dans des cas où le placenta adhérait après l'expulsion de l'enfant avec plus de force qu'à l'ordinaire et où l'on était forcé de l'extraire en tirant sur le cordon avec quelque effort, au point de provoquer de la douleur au point de l'utérus où le placenta était fixé, ce point correspondait invariablement au siége du bruit placentaire.

10. M. Mojon assure qu'en injectant un liquide dans le cordon ombilical, tandis que le placenta adhère encore solidement à l'utérus, le bruit placentaire devient immédiatement plus fort et plus distinct qu'il ne l'a été auparavant et qu'on entend le même son de *flottement* (streaming sound, fluth) que celui que l'on perçoit avant le commencement d'une douleur d'enfantement.

11. Quand on introduit la main dans la cavité de l'utérus après l'expulsion de l'enfant, on trouve le placenta adhérent à la partie au-dessus de laquelle on a entendu le murmure pulsatoire.

Les faits et les raisonnemens qui précèdent semblent prouver, d'une manière incontestable, que le *bruit murmurant* est dû au passage du sang, le long des vaisseaux utérins dilatés dans la substance spongieuse du placenta. Le *son gargouillant* entre chaque pulsation peut être attribué, d'après M. Hohl, en partie au retard momentané du sang pendant l'intervalle de chaque pulsation, en partie aux mouvemens oscillatoires des

veines et enfin au jeu électrique des globules de sang et à leur attraction et répulsion alternative dans les cellules du placenta. Ce gazouillement cesse presque entièrement, lorsque la communication entre la substance du placenta et les parois utérines est interrompue.

L'augmentation de la pulsation murmurante immédiatement avant, et sa diminution pendant une douleur dépendent sans doute, la première de l'accélération et la seconde de l'obstacle dans la circulation des vaisseaux utérins et placentaires, sous ses deux différentes conditions. On pourrait demander, comment il se fait que le bruit murmurant est limité au siége même du placenta et qu'on ne l'entend pas à chaque partie de l'utérus, tandis que tous les vaisseaux sanguins de cet organe sont fortement dilatés pendant la grossesse. Cela s'explique parce que l'augmentation du volume des vaisseaux est beaucoup plus considérable dans le voisinage du placenta qu'ailleurs; il faut en outre compter pour quelque chose le mode particulier de circulation, dépendant du passage du sang des parois utérines dans les cellules du placenta. On continue d'entendre, mais très-faiblement, le murmure pulsatoire, même après l'expulsion de l'enfant, jusqu'à ce que l'utérus est revenu sur lui-même. Dès lors on ne l'entend plus.

Nous avons fait allusion, dans le cours de cet article, à la ressemblance marquée du bruit placentaire avec les signes fournis par l'auscultation d'une grosse varice anévrysmatique. M. Hohl trouve de la ressemblance entre la structure du placenta, et cette disposition pathologique : « il y a ici, dit-il, le même conflit entre le sang artériel et le sang veineux, le même choc des globules du sang, le même jeu d'attraction et de répulsion, et le même jeu électrique, auquel le sang dans les cellules placentaires est sujet. »

Le pouls fœtal ne s'entend pas avant le cinquième mois, sans doute à cause du petit volume et de la faible action du cœur chez le fœtus. Aussi est-ce pendant le cinquième mois que le cœur du fœtus se dirige vers le côté gauche; c'est alors que la moitié gauche et artérielle de cet organe, jusqu'ici beaucoup plus petite que la moitié droite ou veineuse, devient plus grande et acquiert le volume proportionnel, qui lui reste pour toujours. On entend invariablement le bruit fœtal plus distinctement là où répond le côté gauche du thorax du fœtus. L'utérus étant plus distendu par le liquide amniotique qu'il ne l'est ordinairement, on entend le bruit du cœur du fœtus dans une étendue plus grande que cela n'a habituellement lieu. Règle générale, on entend le bruit fœtal sur le côté opposé à celui où le bruit placentaire se fait entendre. Dans le cas de jumeaux, on entend fréquemment le bruit de tic-tac dans deux différens endroits, pourvu que les deux fœtus ne fassent point de mouvement au moment de l'exploration. Dans le cas de trijumeaux on ne saurait distinguer les diverses pulsations; c'est, suivant l'expression de M. Hahl, « un chaos de battemens; et ce qui ajoute encore aux difficultés, c'est la clarté du bruit placentaire dans ces circonstances. »

S'il arrive que le cordon ombilical passe par l'orifice utérin dans le vagin avant l'enfant et que nous pouvons compter ses pulsations, nous trouverons invariablement le nombre de ces dernières correspondre avec le nombre des pulsations du cœur du fœtus, écoutées à travers les parois abdominales de la mère; et cette harmonie prouve, au delà de toute espèce de doute, la vraie origine et la nature de ces bruits.

Plus la grossesse est moins avancée, plus la pulsation du cœur chez le fœtus est fréquente. La fréquence des pulsations augmente toujours après chaque mouvement du fœtus. On peut s'en assurer facilement à chaque moment, en exerçant une simple pression à l'aide de l'extrémité du sthétoscope à l'endroit où l'on entend le pouls fœtal. On s'aperçoit souvent alors presqu'immédiatement d'une élévation de 20 à 30 pulsations.

Les tableaux suivans éclaireront ce fait et feront voir en même temps quelques-uns des changemens que le pouls subit immédiatement après la naissance de l'enfant, et lorsque la respiration a commencé à s'opérer.

N° 1.	*Pouls.*	*Etat de l'enfant.*	
27 juillet.	115—140	Tranquille.	dans l'utérus.
—	156—	Après du mouvement.	
30 —	108—140	Tranquille.	
—	158—	Après du mouvement.	
31 —	120—125	Pendant la seconde période du travail.	
—	112—	Pendant la troisième période.	
—	108—	Immédiatement après la naissance.	
—	104—	12 heures après la naissance.	
—	126—	24 »	»
—	146—	48 »	»
N° 2.			
21 janv.	86—120	Tranquille.	dans l'utérus.
—	140—	Agité.	
22 —	110—120	Tranquille.	
—	136—	Agité.	
—	108—	Pendant la 2me période du travail.	
—	108—	Pendant la 3me période.	
—	100—	Immédiatement après la naissance.	
—	108—	12 heures après la naissance.	
—	110—	36 »	»
—	140—	Cinq jours.	»
N° 3.			
1er févr.	140—	Agité.	dans l'utérus.
—	88—136	Tranquille.	
2 févr.	90—136	Tranquille.	
—	140—150	Pendant la 1re période du travail.	
—	130—138	Pendant la 2me période.	
3 févr.	108—	12 heures après la naissance.	
—	100—	24 »	»
—	140—	36 »	»
—	88—	42 »	»

N° 4.	*Pouls.*	*Etat de l'enfant.*	
22 janv.	144—156	Agité.	dans l'utérus.
—	108—112	Tranquille.	
23 —	154—165	Agité.	
—	110—120	Tranquille.	
24 —	140—	Tranquille.	
—	160—	Agité.	
—	104—148	Pendant les 2me et 3me périodes du travail.	
—	146—	Immédiatement après la naissance.	
—	140—	12 heures après la naissance.	
—	154—	24 » »	
—	140—	36 » »	
—	108—	48 » »	
—	140—	72 » »	
—	170—	Cinq jours. »	
N° 5.			
5 mai.	108—154	(n'a pas été marqué).	dans l'utérus.
7 —	110—148	Tranquille.	
8 —	130—140	Pendant l'accouchement.	
—	130—	Immédiatement après la naissance.	
—	150—	24 heures après la naissance.	
—	154—	36 » » (agité).	
—	170—	60 » » (après avoir crié).	
—	108—	72 » » (endormi).	
N° 6.			
12 mai.	106—130	Tranquille.	dans l'utérus.
—	154—	Agité.	
14 —	130—140	Pendant le travail.	
—	156—	Immédiatement après la naissance.	
19 —	108—140	Endormi. — Agité.	

Observations d'une altération remarquable du sang.

Un homme, âgé de 47 ans, adonné à l'abus de vin, entra à l'hôpital de Cremone, avec les symptômes de pneumonie, accompagnés d'excitation fébrile considérable. Il fut traité par les saignées et les purgatifs. Lorsqu'on examina le sang le lendemain, on trouva le caillot aussi bien que la sérosité tout à fait *blancs* et offrant l'odeur de *lait*. Les urines sécrétées en très-petite quantité, présentaient aussi cet aspect laiteux; et toute la surface du corps, surtout la face se distinguait par une extrême pâleur. La saignée ayant été répétée les deux jours suivans, le sang continua à présenter les mêmes phénomènes. Le 26 (cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital), les symptômes, quoique encore graves, avaient considérablement diminué. Une nouvelle saignée cependant fut ordonnée. Le *crassamentum* du sang présentait cette fois une apparence plus naturelle, quoiqu'il fut encore couvert d'une couenne épaisse; la sérosité était blanche et n'offrait pas les principes qui constituent le sérum. Le malade fut encore saigné le lendemain; le sang évacué alors était presque d'apparence naturelle, le sérum jaunâtre et le caillot dépourvu d'une couenne. Dès lors la guérison ne se fit pas attendre.

Analyse chimique du sang. Après avoir décanté le sérum avec le caillot, il resta au fond du vase un fluide blanchâtre et trouble, offrant plusieurs des caractères du lait et exhalant l'odeur propre au beurre. Une portion de la couenne, au moins d'un demi pouce d'épaisseur et distinguée par une odeur rancie, ayant été immergée dans l'alcool, fournit une substance grasse, pareille à celle qu'on avait obtenue du sérum. Des gouttes d'un liquide huileux, ayant tous les caractères extérieurs du lait, étaient en outre mêlées au caillot. Le fluide qu'on obtint en versant de l'alcool bouillant sur le sérum et en filtrant ensuite le mélange, donna après l'évaporation une matière floconneuse et graisseuse, qui ressemblait à la matière cristallisable de M. Lecanu, ou à la seroline de M. Boudet. La matière albumineuse du sérum, qui restait sur le filtre, était fort onctueuse, et digérée avec l'alcool bouillant, fournissait une substance graisseuse et oléagineuse d'une couleur jaunâtre, dissoluble dans l'alcool et dans l'éther, formant avec l'eau une émulsion, et exposée à l'air pendant quelque temps, devenant acide et d'une odeur rancie. En digérant l'albumine dans l'éther, on l'obtenait à son état pur. On ne découvrit pas de traces de sucre de lait.

Il paraît, d'après ces résultats, que cette substance graisseuse dans le sang avait des rapports de ressemblance avec celle qui se trouve dans le chyle et aussi en partie dans la substance du cerveau. 1000 parties de sérum contenaient 90.5 d'eau; 76 d'albumine, 4 de matière graisseuse cristallisable; 6 de matière oléagineuse; 5 de matière extractive, de lactate de soude, de chlorure de sodium et de chlorure de potassium; et 4 d'autres sels. (*Annali universali.*

Un cas, qui ressemble sous beaucoup de rapports au précédent s'est présenté, il y a un an, dans la pratique des rédacteurs de la *Revue médico-chirurgicale* anglaise. Une femme âgée de 33 ans et dont l'extérieur annonçait une constitution tuberculeuse, était atteinte de pleurésie et de péricardite. Elle fut saignée pendant six jours de suite. Chaque fois qu'on la saignait, le sang se distinguait par l'excessive épaisseur de sa couenne (elle était épaisse d'un demi et quelquefois de deux tiers d'un pouce), et par l'apparence frappante du sérum qui ressemblait à du lait. Les auteurs assurent n'avoir jamais vu ces phénomènes à un si haut degré. Quant à la cause de l'état laiteux du sérum, l'opinion qui l'attribue à la présence d'une certaine quantité de chyle dans le sang, paraît être celle qui offre le plus de probabilités. Les expériences de Christison, de Babington et de Lecanu s'accordent avec celles de l'auteur italien pour autant que dans cet état du sang on y découvre une quantité extraordinaire de matière huileuse. Mais quels sont les états morbides de l'économie, où le sang est apte à présenter cette apparence laiteuse? Pour autant que nous puissions répondre à cette question par les données de l'expérience, nous pensons qu'il faut ad-

mettre l'existence d'une inflammation active, surtout des organes de la respiration, pour que cette altération ait lieu. Mais nous ne saurions dire, s'il y a en même temps une affection coexistante du conduit thoracique. M. Copland prétend dans *Medical dictionary:* « qu'on rencontre quelquefois l'état laiteux du sérum tant dans certaines maladies purement fonctionnelles que dans les affections organiques; il l'attribue à la faiblesse des fonctions assimilatrices.

Un cas semblable a encore été rapporté dans la Lancette française (avril 1835); nous y renvoyons nos lecteurs qui voudraient connaître les détails et l'analyse du sang, faite par M. Lecanu.

(*Octobre* 1835 et *Janvier* 1836.)

THE BRITISH

AND

FOREIGN MEDICAL REVIEW, BY J. FORBES, AND J. CONOLLY.

Ce journal, qui paraît par trimestre, forme une revue complète du mouvement littéraire tant en Angleterre que dans les pays d'outre-mer et sur le continent; il est rédigé par les illustres collaborateurs de la *Cyclopaedia of practical medicine*, et commence sa première année d'existence. Une critique saine et impartiale domine la première livraison que nous avons sous les yeux. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de tout ce que cette revue renfermera d'intéressant.

Recherches expérimentales sur l'exhalation pulmonaire; par M. le professeur Tiedemann, à Heidelberg.

M. le professeur Tiedemann vient de prouver à l'évidence, par des expériences rélatées dans un mémoire extrêmement intéressant publié dans son journal de physiologie (vol. II, livr. 2, 1835) *que les substances volatiles, introduites dans le système circulatoire des animaux sont expulsées avec la plus grande rapidité par les dernières ramifications de l'artère pulmonaire dans les cellules aériennes*, d'où elles passent dans l'air expiré, et deviennent ainsi facilement perceptibles aux organes de l'odorat.

Il résulte de ces expériences, que la fonction des poumons ne consiste pas seulement à effectuer un échange important et absolument nécessaire entre les parties constituantes de l'air inspiré et celles du sang veineux, mêlé avec le chyle et la lymphe, échange, pendant lequel l'oxygène de l'air expiré se combine avec le sang et l'acide carbonique expulsé, et a lieu le changement du sang veineux en sang artériel, distingué par son rouge vif, mais qu'outre cela, les poumons semblent agir comme un véritable *organe excréteur* pour le sang veineux. Les substances volatiles, qui ont circulé avec le sang et qui ne peuvent être assimilées, ni servir à former du sang artériel et étant de nature à pouvoir s'évaporer, sont expulsées dans les cellules pulmonaires et dans les bronches. Cela prouve que les poumons prennent une part active dans la préparation du sang artériel, en lui imprimant des propriétés qui le rendent apte à servir à la nutrition et à l'entretien de la vie. Ces organes agissent dans la fonction de l'assimilation et de la nutrition, non-seulement comme organe de la respiration, mais encore comme organe d'excrétion de substances volatiles.

Nous comprenons par cela, combien la vapeur exhalée des poumons peut varier selon la nature des alimens, des boissons et des médicamens, qui ont été pris, et aussi selon la condition des actions vitales, qui marchent constamment de pair avec les changemens qui s'opèrent dans la structure des différens organes. L'air expiré est remarquablement altéré dans la faim excessive. En effet, plusieurs physiologistes, qui ont fait des expériences sur les animaux pour vérifier les effets de la faim, ont remarqué l'odeur extrêmement fétide et presque putride de l'haleine. Personne n'ignore que l'haleine d'un individu qui a resté sans nourriture pendant plusieurs heures, sent désagréablement. L'odeur de la vapeur pulmonaire varie selon l'âge. Chez les enfans et les jeunes gens l'haleine n'a pas d'odeur particulière; mais elle est souvent fétide à un âge plus avancé. L'odeur en est douceâtre et désagréable chez des femmes dans la période menstruelle; elle diffère à l'état de grossesse et hors de la grossesse. Après l'accouchement son odeur ressemble à celle du lait. L'odeur de l'exhalation pulmonaire varie encore dans l'état de maladie. Elle est fort désagréable, même putride et ammoniacale dans les périodes avancées de la phthisie; elle est souvent tout à fait fétide dans les fièvres putrides; elle a quelque chose d'aigre chez les enfans scrofuleux et rachitiques. D'autres excrétions étant supprimées, l'exhalation pulmonaire éprouve une altération remarquable, de sorte que lorsque les urines sont supprimées, l'haleine sent fortement ce liquide. On ne peut guère douter que dans certaines maladies les vaisseaux pulmonaires n'expulsent une grande quantité de miasmes et de principes contagieux, et que bien souvent les changemens critiques s'effectuent par cette voie.

Observation intéressante, extraite du rapport clinique de M. G. Delchiappa, professeur de clinique interne, à Pavie.

S. Z., laboureur, âgé de 38 ans, d'une constitution robuste et sanguine, adonné aux boissons spiritueuses, a éprouvé beaucoup de revers domestiques. Sa santé a souffert depuis 2 à 3 ans; son affection a le caractère de l'hypocondrie; il se plaint d'un grand nombre de symptômes variables, comme de céphalalgie, de vertiges, de douleurs vagues dans la poitrine, dans les

lombes et dans les extrémités, flatulence, dyspepsie, anorexie, et éprouve parfois une faim vorace. Tantôt constipation, tantôt dévoiement. Tumeurs hémorrhoïdales, strangurie, palpitations du cœur; quelquefois des accès de fièvre, etc. Il a consulté plusieurs médecins qui paraissent avoir considéré son affection comme inflammatoire, il a été saigné 30 fois. Néanmoins aucun soulagement, même pas momentané, n'a été obtenu par le traitement. En entrant à l'hôpital il offre une inflammation du testicule droit, qui est d'un volume énorme, compliqué d'un ulcère fistuleux profond du scrotum. Un autre ulcère fistuleux se trouve au-dessus de l'œil gauche. Pouls dur et tendu : de temps en temps mouvement fébrile comme tous les hypocondriaques, le malade se plaint tous les jours de nouveaux maux, et surtout des sensations de malaise qu'il supporte difficilement et qui annoncent une lésion considérable de la sensibilité. On emploie le traitement antiphlogistique et principalement les saignées : le sang est couenneux. On ordonne encore d'autres remèdes antiphlogistiques, tels que les sels neutres, le nitre, le tartre émétique, la digitale, etc. L'eau des laurier-cerise est administrée sans succès. En tout, dix-huit saignées sont faites, et le sang continue de présenter les mêmes apparences. La maladie semble en effet diminuer, les symptômes se calment ou cessent plus ou moins, le testicule revient peu à peu à son volume naturel et l'ulcère guérit. Mais les divers organes sont si profondément atteints que la maladie est au delà des ressources de l'art. Le malade meurt, quarante jours après son admission à l'hôpital, dans un état léthargique, précédé d'une insomnie longue et opiniâtre et d'un léger délire.

A *l'autopsie* on trouve au-dessous des tégumens de la tête un sinus purulent, s'ouvrant au-dessus de la paupière supérieure et s'étendant à la région temporale, avec nécrose de l'extrémité correspondante de la grande aile de l'os sphénoïde. Un grand nombre de vaisseaux, distendus par du sang, passent du crâne à la dure-mère, qui est extrêmement endurcie et adhère en plusieurs endroits à l'arachnoïde. Cette membrane est opaque, épaissie, couverte de taches blanches de lymphe et contient beaucoup de sérosité limpide. Les hémisphères du cerveau adhèrent à leur partie inférieure; la pie-mère présente dans toute son étendue une injection très-fine. La substance du cerveau est excessivement dure; ses vaisseaux en plus grand nombre et plus larges qu'à l'état naturel. Les ventricules latéraux remplis de sérosité limpide et les plexus choroïdiens extraordinairement développés. Le pont de Varole d'un rouge intense tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Son inflammation s'étend à la substance des pédoncules du cerveau jusqu'à leur passage dans les hémisphères; elle s'étend à la moelle alongée où la substance cérébrale présente un ramollissement pultacé dans l'étendue d'un carré d'un demi-pouce. Le cervelet entier est plus ou moins enflammé, surtout au côté gauche. Au-dessous de la dure-mère spinale, dans les environs de la dernière vertèbre cervicale et à l'extrémité de la moelle on trouve du pus, provenant d'une carie des cinquième et sixième vertèbres cervicales, des trois dernières vertèbres dorsales et des deux premières vertèbres lombaires, qui a détruit le corps de ces os et la substance intervertébrale des vertèbres cervicales. Des fusées profondes s'étendent de là dans les muscles profonds du cou, dans le thorax et l'abdomen. La dure-mère, qui correspond avec la moelle épinière est d'un rouge foncé; la moelle sous-jacente est transformée en une masse difforme et pultacée. L'arachnoïde est opaque, distendue de sérosité, et toute la surface de la moelle extrêmement enflammée. Les derniers nerfs cervicaux et dorsaux présentent dans l'espace d'un à deux pouces, les traces d'une inflammation intense. Les poumons ont partout contracté des fortes adhérences avec la plèvre costale; la plèvre pulmonaire est épaisse d'une à deux lignes. Le poumon droit, ainsi que le lobe supérieur du poumon gauche est rempli de petits abcès; le lobe inférieur de ce dernier est engorgé de sang. Le péricarde adhère extérieurement aux parties environnantes; entre lui et le cœur, et surtout à sa base, se trouve une quantité considérable d'une matière jaune et caséeuse, qui pénètre entre les fibres du cœur. Le cœur sans être altéré, contient des concrétions polypeuses. Le diaphragme adhère tout à fait aux poumons et au cœur; le foie est très-volumineux, jaune et rempli de bile, ainsi que la vésicule de fiel et le duodenum. La rate hypertrophiée, a contracté des adhérences lymphatiques avec les parties voisines. Le système de la veine-porte est engorgé de sang; le pancréas volumineux est extraordinairement dur; les parois de l'estomac contractées son très-épaissies; l'extrémité pylorique est endurcie; les intestins contiennent un grand nombre d'ascarides. Le rein droit hypertrophié, d'un gris sale, se laisse facilement rompre. Le testicule droit a trois fois le volume de l'autre; les membranes sont enflammées et épaissies; l'épididyme est le siége d'un abcès et d'une hydatide. Le cordon spermatique droit est plus volumineux, son *canal déférent* est dilaté et contient du pus; la vésicule séminale s'est transformée en un abcès, qui s'étend jusque dans la glande prostate. Le cartilage de la symphyse sacro-iliaque droite est détruit, et les surfaces articulaires de l'ilium et du sacrum sont atteintes de carie, par suite de laquelle du pus s'est épanché dans la fosse iliaque gauche.

Dans ce cas remarquable, qui forme à lui seul, pour ainsi dire, tout un musée d'altérations pathologiques, il n'y eût ni céphalalgie, ni toux, ni dyspnée; il n'y eût que rarement un léger mouvement fébrile. M. Chiappa pense que la maladie commença par une inflammation du système sanguin, à laquelle participèrent nécessairement toutes les parties, de sorte qu'elle s'étendît successivement à tous les viscères du corps.

(*Annali universali di Medicina. Luglio ed Agosto*, 1835, vol. 75.)

Nous sommes plus disposés, d'après l'historique de cette maladie, à chercher l'origine de cette affection remarquable dans une diathèse particulière du sang que

nous désignerions par le nom de *diathesis phlogistica.* Les raisons qui nous suggèrent cette opinion, sont d'abord, la constitution sanguine du malade, l'étendue générale des altérations trouvées après la mort, les caractères du sang, le défaut d'altérations dans les vaisseaux mêmes et ensuite la constitution épidémique inflammatoire, qui régnait à Pavie, en 1834, époque à laquelle cette affection, qui ne fut d'abord que chronique, était devenue aiguë et avait amené la mort du malade. (*Note de la Réd.*)

Expériences et observations sur l'action de la créosote sur l'homme et les animaux; par Giuseppe Corneliani, professeur de clinique au grand hôpital de Pavie.

1. L'usage interne d'une très-grande dose de créosote produit immédiatement la mort, sans lésion organique.

2. La même chose arrive, lorsqu'on applique la créosote à une grande branche nerveuse, ou qu'on en injecte de petites quantités dans les veines.

3. Lorsque la dose n'est pas suffisante pour produire la mort, elle abolit la sensibilité et la faculté motrice, surtout des extrémités inférieures, du cœur, du diaphragme et des organes des sens externes.

4. Ces effets de la créosote sont augmentés par l'emploi des sédatifs. Il est probable que les stimulans agiraient dans le sens contraire.

5. La créosote, prise à l'intérieur, donne lieu à une irritation de la muqueuse gastro-intestinale.

6. L'huile et le mucilage, combinés avec elle, en rendent l'action plus douce; mais donné avec le vinaigre, elle agit avec plus d'intensité.

7. Il est peu de malades qui en supportent plus de deux gouttes, données 4 à 6 fois dans les vingt-quatre heures.

8. Les animaux, empoisonnés au moyen de la créosote, lâchent les urines immédiatement ou bientôt après la mort.

9. La créosote, appliquée à l'extérieur, calme l'irritation et agit comme un dessiccatif.

10. Appliquée aux ulcères et aux plaies, elle favorise le travail de la cicatrisation.

11. Elle agit comme styptique, pourvu que le vaisseau divisé ne soit pas trop grand.

12. Inspirée, elle occasionne de l'assoupissement.

Les expériences ont été faites sur des moutons, des lapins, et des chiens.

(*Giornale delle Scienze Medico-Chirurgiche,* n° 8, Febrajo, 1835. Pavia.)

—

Sur le traitement de la punaisie et de quelques autres affections de l'organe de l'odorat; par J. Heron, président de la société Médicale du comté d'Orange, dans l'État de New-York.

Après avoir échoué dans l'emploi de toutes les méthodes recommandées pour ces affections, l'auteur a employé indistinctement dans tous les cas de ce genre et avec un succès toujours égal, le chlorure de soude liquide étendu, et le chlorure de chaux en dissolution. M. Heron est tellement persuadé de l'efficacité de ces remèdes qu'il ne croit pas qu'un cas ordinaire de punaisie puisse résister à leur action. Il conseille en outre, de faire inspirer plusieurs fois par jour la fumée de tabac espagnol dans la narine du côté malade, et d'appliquer l'huile d'olive à la surface muqueuse du nez, afin de prévenir les excoriations, auxquelles l'écoulement ichoreux donne facilement lieu.

Il faut user de quelque précaution pour faire passer les injections dans la partie supérieure et postérieure de la narine Le mieux est de faire baisser la tête du malade en avant, pendant qu'on fait l'injection; le malade, en faisant une inspiration en même temps, met le liquide injecté en contact avec la surface malade et ne le retient dans le nez qu'autant qu'il est nécessaire.

M. Heron trouve la dose de chlorure de chaux, recommandée par Horner (une cuillerée à café sur un verre à vin d'eau), trop forte. Il commence par une dissolution modérée et la fait injecter deux fois par jour.

(*United States Med. and Surg. Journal for october*, 1835.)

Introduction de l'air dans les veines.

Dans une analyse de l'*Encyclopédie américaine de la Médecine* on rapporte deux nouvelles observations des effets subits et pernicieux de *l'introduction de l'air dans les veines* pendant les grandes opérations chirurgicales. Le premier cas est celui d'une affection cancéreuse de la face et du cou, dont l'opération exigea la ligature préalable de l'artère carotide. Au moment où le chirurgien ouvrit la gaine des vaisseaux, on vit s'épancher un peu de sang veineux et en même temps on entendit distinctement un bruit comme celui produit par l'air qui passe dans l'eau. Aussitôt qu'on remarqua quelques bulles d'air dans le sang veineux, on en arrêta l'écoulement, en y appliquant le doigt. Le malade s'écrie : je faiblis ; sa figure ne pâlit pas, mais devint livide et presque noire; les muscles furent agités par des mouvemens convulsifs. La respiration devint profonde, laborieuse, et stertoreuse, comme dans l'apoplexie. On distingua le pouls de l'artère radiale qui cependant était très-lent. La plaie ne saignait pas et le malade ayant perdu très-peu de sang, on jugea convenable d'ouvrir

de suite l'artère temporale. A mesure que le sang coulait, la respiration devint plus fréquente et moins laborieuse, et le pouls revint à son état naturel. La couleur plombée des joues reprit une teinte rougeâtre, et tous les symptômes alarmans disparûrent. Il s'écoula vingt minutes pendant que ce changement avait lieu. Le malade resta encore pendant deux heures dans un état d'insensibilité ; au bout de ce temps il se ranima et sembla sortir d'un sommeil. Le lendemain il se portait aussi bien qu'auparavant, sauf une légère sensation de brisure dans le thorax, et un mal de tête. Sept jours après, l'opération fut faite, sans qu'on eut recours à la ligature de l'artère. L'individu guérit sans accident. Le second cas, où l'air s'est introduit dans une des veines externes de l'aisselle pendant l'extirpation d'une tumeur du sein droit chez une femme âgée de 33 ans, ne se termina pas aussi favorablement. M. Warren observa chez cette malade les mêmes symptômes, la lividité de la face, l'insensibilité, la respiration apoplectique. Mais les efforts de l'art, l'administration des spirituenx, de l'ammoniaque, les frictions, la laryngotomie et la respiration artificielle entretenue pendant vingt minutes, restèrent inutiles ; la femme était morte.

(*Janvier* 1836).

Observations pratiques, recueillies par le Dr. Krimer, d'Aix-la-Chapelle.

I. *Acétate de plomb employé dans le traitement des hémorrhagies.*

Les succès obtenus dans ces derniers temps par les médecins anglais dans le ptyalisme chronique, par l'acétate de plomb à haute dose, ont engagé l'auteur à essayer l'emploi de ce remède dans la même affection, et dans d'autres maladies, caractérisées par la perte de liquides (*profluvia*). Les effets qu'il en a obtenus semblent mériter quelque attention sous le rapport de la pratique.

Un jeune homme, âgé de 16 ans, d'une constitution délicate, avait souffert depuis deux ans, d'une toux sèche, qui était ensuite remplacée par une cardite aiguë qu'on ne combattait qu'avec peine à l'aide de fortes saignées, de calomel, et d'acide prussique, à hautes doses. La convalescence fut lente et laissa après elle une irritabilité considérable des organes thoraciques. La toux augmenta subitement à la suite de la fatigue, et le lendemain il survint une pneumorrhagie, qui résista à tous les moyens; le malade avait craché en 36 heures cinq livres de sang et il en avait perdu plus de quatre litres par les saignées générales et locales. Il y avait rupture évidente d'un vaisseau artériel dans les poumons. Le malade présentait l'image d'un mourant. M. Krimer eut recours à l'acétate de plomb et prescrivit des poudres, composées de *plumb. acetic.* gr. 2, *opii puri*, gr. 1/4, *sacch. lact.*, gr. 4, à donner de deux en deux heures. L'hémorrhagie s'arrêta après la seconde dose. On donna alors un peu de bouillon avec du vin de Rhin. Les pulsations du cœur et de l'artère radiale redevenaient peu à peu perceptibles, le malade n'expectorait que des caillots, la peau se rechauffait. Après avoir passé la nuit dans un sommeil calme, le malade se trouva le lendemain hors de danger. Il avait pris en tout 18 poudres. Six semaines après il sortit et après quatre mois il avait l'air mieux portant qu'avant cette attaque. Il n'a jamais offert depuis de trace de quelque effet secondaire de l'action du plomb.

Ce succès éclatant enhardit l'auteur dans l'usage de ce remède ; et il assure en avoir obtenu dans l'hémoptysie des effets admirables et sans conséquences nuisibles. Il l'a même essayé dans d'autres genres d'hémorrhagie. L'auteur cite surtout deux cas de métrorrhagie ; le premier est celui d'une femme, âgée de 49 ans et d'une constitution délicate, atteinte depuis quelque temps d'un ramollissement considérable du col de l'utérus et d'un écoulement fétide et sanguinolent ; la métrorrhagie était survenue chez elle à la suite d'un coït et d'une émotion qui l'avait suivi. Dans le second cas l'hémorrhagie était consécutive à une fausse couche. Dans l'un et l'autre, l'auteur se rendit maître de l'hémorrhagie en administrant l'acétate de plomb uni à l'opium (3 grains d'acetate de plomb avec un quart de grain d'opium, pro dosi); trois doses suffirent dans le premier et huit doses dans le second cas. M. Krimer assure avoir souvent employé ce remède avec succès dans des métrorrhagies, qui étaient restées rebelles à toutes les autres médications. Une fois il l'a employé avec avantage dans l'épistaxis. Si le plomb n'a pas toujours produit les mêmes résultats, on doit l'attribuer à plusieurs circonstances. D'abord les doses, dans lesquelles on l'a donné, ont été trop petites ; ou on en a continué trop longtemps l'usage ; peut-être a-t-il déjà été décomposé, avant d'arriver dans l'estomac ; on n'y a pas ajouté d'opium. Voici la formule que M. Krimer prescrit de préférence :

Rec. plumb. acetic. pur., gr. 2.
Op. pur. gr. 1/4.
Kali peracetic. gr. 3.
Sacch. lact. gr. 5.
M. F. pulv. pro dosi.

à prendre dans du pain à cacheter. L'auteur déconseille cependant l'emploi imprudent de ce remède et n'en continue pas l'usage au delà de deux jours.

II. *Effets remarquables du carbure de soufre dans l'asphyxie par suite de la vapeur de houille.*

Trois soldats et trois ouvriers dormaient dans une chambre longue et étroite, tandis que deux autres ouvriers dormaient dans une alcove située à la hauteur de cinq pieds au-dessus de cette chambre. L'étuve de la chambre avait été bien chauffée au moyen de la houille et la clef du poêle avait été fermée par l'un des soldats. Le lendemain les ouvriers, qui avaient passé la nuit dans l'alcove s'étant levés bien portans, trouvèrent

leurs camarades dans un état d'assoupissement complet, et l'un d'eux presque agonisant. Tous les efforts pour les rappeler à la vie, tels que la saignée du bras, l'ouverture de l'artère temporale, la glace sur la tête, les frictions, le tartre stibié donné à la dose de quatre grains, avec l'amidon, pour en seconder l'action, restèrent sans effets; on ne réussit même pas mieux, en injectant la dissolution de tartre stibié dans la veine du bras. M. Krimer se rappelant alors l'action extrêmement stimulante du carbure de soufre, en instilla à chacun des asphyxiés toutes les 8 à 10 minutes, 20 gouttes mêlées avec une cuillerée d'eau sucrée. Au bout d'une demie heure quatre de ces malades étaient déjà ranimés. Le cinquième, qui restait encore assoupi, ne pouvait pas avaler, de sorte qu'on ne put lui administrer le remède qu'en le laissant couler par gouttes sur la langue, ce qu'on fit pendant 3 heures. Au bout de ce temps il commença à respirer librement et à avaler; mais, il resta encore jusqu'au lendemain sans connaissance, tandis que les autres ne se plaignaient que de la sensation d'un vide dans la tête et de lassitude des membres. Il prit alors 20 gouttes d'heure en heure et se rétablit également après six jours de maladie. Chez aucun de ces malades le remède n'avait provoqué des vomissemens.

Ce même remède a été couronné de succès dans cinq autres cas du même genre. Dans un sixième il est resté sans succès, parce qu'il y avait déjà apoplexie.

III. *Effets résolutifs du carbure de soufre dans les tumeurs froides.*

Une fille, âgée de 16 ans, d'une constitution très-délicate et scrophuleuse, souffrait depuis un an et demi d'un gonflement, d'une induration des glandes sous-maxillaires et d'une tumeur lymphatique de l'articulation du genou droit, avec gonflement des épiphyses articulaires; cette affection s'était, en outre, compliquée de symptômes d'affections de poitrine, et en dernier lieu de fièvre hectique. On avait déjà presque épuisé toutes les ressources thérapeutiques chez cette malade, lorsque l'auteur en entreprit le traitement. La tumeur offrait partout de la fluctuation. Les forces étaient entièrement épuisées. M. Krimer administra 4 fois par jour 16 grains de *carbo animalis* (préparé d'après *Weise*) avec 4 grains de *stb. Conii macul.* en poudre; à l'extérieur, il fit tomber d'une certaine hauteur 40 à 50 gouttes de carbure de soufre sur le genou malade et réitéra cette opération trois fois par jour. Dans les intervalles le genou fut enveloppé dans de la laine ou dans une peau de cigne. Deux fois par semaine la malade prenait des bains tièdes et faiblement alcalisés. On continua ce traitement avec persévérance pendant plus de neuf mois. Déjà dans les premières quatre semaines le mal ne fit plus de progrès; plus tard on observa d'abord une diminution de la fièvre et ensuite de la douleur et du volume de l'articulation du genou. Ce ne fut qu'alors que les glandes du cou commencèrent aussi à se désenfler et que la malade reprit ses forces. Elle finit par prendre de la mousse d'Islande, qui acheva sa guérison.

Cette malade présenta encore un autre phénomène remarquable que l'auteur a déjà eu occasion d'observer dans un autre cas. Trois mois avant l'apparition de la tumeur du genou et sans cause apparente il se déclare chez elle un *diabètes insipide*, accompagné d'une soif inextinguible pour l'eau froide et d'un défaut complet d'appétit. La surface de la langue jusqu'à sa racine devient en même temps noire comme du bois d'ébène. Ces symptômes disparaissent rapidement et spontanément aussitôt que la tumeur du genou se fait voir et paraissent de nouveau, quand cette dernière diminue. Dirigé par une espèce d'empirisme, l'auteur prescrit une dissolution de trois grains de *tartre stibié* dans une once d'*eau* de *laurier-cérise*, dont il fait prendre à la malade quatre fois par jour trente gouttes, tout en continuant l'usage des poudres de charbon animal. Après 16 jours de l'usage de ce remède il se détache de la langue une pellicule noire en morceaux, le diabètes disparait et dès lors ne revint plus.

M. *Krimer* a aussi réussi par l'usage externe du carbure de soufre à faire passer le *goître* d'une jeune demoiselle.

Aucun remède n'a autant facilité le taxis des *hernies étranglées* que le carbure de soufre qu'on laissait tomber par gouttes sur la tumeur herniaire. L'étranglement céda deux fois subitement à cette manœuvre sans autre manipulation.

(*Hufeland's u, Osann's, Journal der praktischen Heilkunde.*)

WURTEMBERGISCHES

MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

Observations sur la rage des renards; par M. Heyfelder.

Dans le courant du mois de janvier 1834, plusieurs renards atteints de la rage, avaient été vus dans quelques districts du Grand-Duché de Bade. Peu de temps après on en vit aussi dans la principauté de Sigmaringen, résidence de M. le Dr Heyfelder. Ils arrivaient nuit et jour dans les villages sans craindre les hommes, et mordirent les chiens qu'ils purent atteindre. Leurs mouvemens étaient lents et maladroits, comme si leurs pieds étaient trop faibles; leurs crins étaient hérissés, et ils ne montraient pas leur finesse et leur adresse habituelles. On en remarqua un, auquel la langue pendait hors de la gueule. La plupart des chiens qui avaient été mordus par ces animaux, moururent en présentant les symptômes de l'hydrophobie.

A *l'autopsie* qui fut faite de ces renards, on trouva le cerveau et ses membranes à l'état naturel; dans un seul cas il abondait de sang; dans 2 cas les vaisseaux sanguins de la moelle épinière et ses membranes étaient injectés; chez un 3me ces organes étaient sains. Chez un autre on trouva au-dessous de la langue plusieurs phlyctènes remplies d'une lymphe jaunâtre: chez les autres le pharynx, l'œsophage et la langue ne présentèrent rien de remarquable. L'estomac contenait chez 2 d'entre eux beaucoup d'herbes; chez le 3e ce viscère était vide et affaissé. Estomac et tube intestinal naturels, sans injection et sans ramollissement de la muqueuse; le foie très-volumineux et gorgé de sang, la vésicule du fiel remplie de bile, la rate et les reins sains, la vessie urinaire contractée et presque vide. La membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère rouge dans quelques endroits, sans être ramollie. Les cavités du cœur gorgées d'un sang noir et épais; les poumons sains. L'utérus d'un renard femelle renfermait 7 fœtus, âgés de 6 semaines.

Les chiens mordus restèrent sains pendant 4 semaines. Ce ne fût qu'après ce temps qu'ils commencèrent à devenir agités, à mordre tout ce qui se trouvait autour d'eux; ils ne mangeaient plus de viande, léchaient l'eau sans pouvoir la boire et reculaient devant un miroir; ils mouraient quelques jours plus tard.

A *l'autopsie* on trouva les vaisseaux sous-cutanés, les glandes thyroïde et parotide gorgées de sang. Dans un cas, inflammation de la langue, du pharynx et de l'œsophage. Le larynx et la trachée-artère étaient rouges et couverts de mucosités écumeuses et sanguinolentes; les poumons gorgés de sang, les cavités du cœur remplies de sang caillé, et contenant des masses polypeuses dans un cas. Dans l'estomac, dont la muqueuse était saine, on trouva de la paille, du bois, du foin, etc. La muqueuse des intestins grêles était enflammée, injectée et ramollie; il n'y eut que la moitié inférieure du jéjunum et le colon qui ne présentèrent point d'altération. Les vaisseaux du mésentère et des intestins grêles, ainsi que le foie et la rate étaient gorgés de sang. Ce dernier organe était énorme et présentait extérieurement des élevures emphysémateuses. Les organes urinaires et les membranes du cerveau et de la moelle épinière ne présentèrent rien d'anormal.

Dans presque tous les cas, on trouva quelques traces d'inflammation et de congestion dans l'un ou l'autre organe. Cet état était mieux prononcé chez les chiens que chez les renards. Mais ce qui paraît être un phénomène constant, c'est *l'accumulation de matières hétérogènes dans l'estomac.*

Observations sur l'hydrophobie, recueillies dans le district de Gaildorf; par M. Moesner.

L'hydrophobie a été fréquemment observée pendant les froids de l'année 1834. C'est pendant les mois de janvier et de février de cette année, que l'auteur a eu occasion d'examiner six chiens, quatre brébis et deux porcs, suspectés être atteints de la rage; et de traiter deux hommes qui avaient été mordus. Tous les chiens qu'on croyait mordus, et dont le nombre s'élevait au delà de 20, furent abattus; les autres furent enfermés. Les deux porcs succombèrent à l'hydrophobie; les brébis furent tuées. Chez tous ces animaux on ne trouva ni les phlyctènes caractéristiques sous la langue, ni l'exanthème vésiculaire de la rate, ni le raccornissement et l'épaississement du péricarde. Les symptômes les plus constans pendant la vie furent: l'envie de mordre, le défaut d'appétit et la faiblesse des extrémités postérieures. A l'*autopsie* on trouva des signes de l'inflammation, tantôt dans les organes de la respiration ou de la digestion, tantôt dans les centres nerveux et leurs enveloppes, tantôt dans presque tous les organes. Il y avait presque toujours accumulation de matières hétérogènes dans l'estomac. Parmi les symptômes moins constans, on observa hydrophobie, désobéissance, timidité, fureur, raccourcissement de la queue, etc. Voici les observations des deux personnes qui furent mordues par ces animaux.

Obs. I. Un garçon, âgé de 10 ans et d'une constitution délicate, présentait deux légères égratignures au-dessous du genou gauche. Les plaies furent de suite

lavées avec l'ammoniaque caustique; on en favorisa la suppuration à l'aide de l'*Unguentum acre*, et on les pansa avec un onguent, composé de *Ungt. digestiv.* ℥j, et *Ungt. canthar.* ʒj. On recommanda le repos au lit. Sauf les douleurs locales, il ne s'en suivit pas d'autre accident.

Obs. II. Un homme, âgé de 44 ans, d'une constitution vigoureuse et d'un tempérament sanguin, adonné aux boissons spiritueuses, avait été mordu le 18 février par un petit chien roquet, qu'on lui avait confié en secret afin de l'observer, et qui succomba à l'hydrophobie. On remarquait à la partie charnue du pouce de la main droite, deux plaies de la forme et de la profondeur des dents défensives. Les plaies furent de suite débridées, scarifiées, lavées avec le *liq. ammon. caust.* et pansées avec *Ungt. digest.* et *Ungt. acre.* Mais cet individu loin de se conformer aux prescriptions du médecin, continua de faire de longues courses, de s'énivrer et de déranger même le pansement. L'auteur fut par conséquent, obligé de scarifier les plaies de nouveau, et il les cautérisa en même temps avec la poudre de nitrate d'argent. Dans la nuit du 25 février, le malade étant rentré la veille, dans un état d'ivresse, il se manifesta dans la plaie des douleurs qui s'étendaient le long du bras jusques dans l'épine du dos. En même temps nausées, vomissemens, mouvemens convulsifs des extrémités supérieures, de la tête et du tronc. (Vomitif; Pulv. Doweri, gr. x; saignée d'une livre; cataplasmes et frictions mercurielles sur le bras du côté blessé.) Douleurs intenses; angoisses; douleur brûlante dans la poitrine, s'augmentant périodiquement et occasionnant des nausées et des convulsions. Froid et spasme dans le dos et à la nuque. Grand abattement et appréhension de l'hydrophobie.

26 *février.* Insomnie; yeux injectés; pouls plein et dur; soif intense, sans difficulté dans la déglutition. Pas d'angine ni de phlyctènes au-dessous de la langue. (Seconde saignée; bain chaud avec *kali caust.* ʒj; — *Rad. Belladonn., Cantharid., sulph. ant. aur., calomel* ana gr. 1, *sacch.* gr. 10, à donner de deux en deux heures; tisane de *Genista tinctor;* à l'extérieur *Ungl. digest.* et *Canthar.;* cataplasmes sur les morsures; frictions du bras avec *Ungl. neapolit.*)

Les plaies secrètent de la sérosité et présentent une auréole enflammée et gonflée. Pendant la journée neuf accès de convulsions avec secousses générales. Les urines plus abondantes qu'hier, de couleur brune. Évacuation régulière. Pouls dur et tendu. Le malade se plaint en buvant d'un peu de pression et d'une contraction spasmodique vers la base de la langue. Beaucoup de répugnance pour les bains. (De quatre en quatre heures, lotions avec la lessive caustique; chacune de ces lotions provoque une sueur gluante; 3e saignée générale de 8 onces.)

27 *février.* Nuit un peu plus tranquille; quelques heures de sommeil. L'expression de la figure est moins anxieuse et abattue. Le malade a pris un peu de café. Les convulsions et les autres symptômes sont plus intenses et plus continus. En même temps vertiges et pesanteur de la tête. La douleur, dont le malade s'était plaint la veille, s'étend à la langue et au pharynx. La langue est blanchâtre, et présente à son côté gauche une erosion produite par la rupture d'une phlyctène. Pas de phlyctènes (de Marochetti) au-dessous de la langue, ni de salivation. Pouls 62; la 5e ou 7e pulsation intermittente; le pouls tendu et dur. (Le matin une quatrième saignée de 8 onces; le soir une cinquième d'une livre. La phlyctène sur la langue, ainsi que la partie sous-linguale sont fortement cautérisées à l'aide du nitrate d'argent. Du reste même prescription qu'hier.)

28 *février.* Nuit encore plus tranquille que la précédente. Sommeil troublé par des rêves dans lesquels le malade voit des chiens enragés. Les convulsions et les autres symptômes moins forts. Urines plus abondantes. Les douleurs à la base de la langue ne se font sentir que lorsque les douleurs du bras et de la poitrine s'exaspèrent. Un peu de dévoiement. La tension et le tiraillement dans la nuque s'étend à toute la tête. Pouls à 55, avec intermittence de la 10e ou 13e pulsation. Plaie blafarde, suppuration séreuse; des clapiers dans les alentours de la plaie.

1er *mars.* Point de convulsions; le reste comme hier.

2 *mars.* Grande lassitude et abattement; la douleur dans la poitrine brûlante comme un charbon, déchirante et lancinante dans la nuque. Le malade fait beaucoup d'efforts pour boire; il ne peut guère avaler quelques gouttes, sans provoquer aussitôt des convulsions. Pupille un peu dilatée et sensible à la lumière; langue et lèvre supérieure un peu enflées. Tous les autres signes de salivation et de narcotisme manquent. Pouls à 49, avec intermission de la 2e ou 3e pulsation. Urines abondantes et d'un jaune pâle. La plaie sécrète une mucosité épaisse. (Cautérisation réitérée de la langue. Pansement des plaies avec l'onguent digestif.)

3 *mars.* Nuit agitée par plusieurs accès de convulsions. Le malade est moins abattu, peut boire et prend le soir un peu de bouillon. Les douleurs sont moindres; lassitude très-grande; pouls à 42, très-régulier; les gencives un peu douloureuses. (*aq. samb., valerian.* ana ℥j, *potion. River* : unc. 1, *laudan. liqu.*, scr. 1/2, *syr. sacch.* unc. 1. — Continuation de la tisane et des moyens externes, à l'exception des frictions mercurielles.)

3 *mars.* Amendement de tous les symptômes; un seul accès de convulsions.

6 *mars.* L'amélioration continue à faire des progrès. Légère salivation. (*aqu. sambuc., valerian. unc.* 3, *syr. sacch.* unc. 1, *pot. river.* unc. 1/2, *extr. bellad.* gr. 3, *laud. liq.* scr. 1/2, M.)

17 *mars.* Encore un peu d'irritabilité et d'inquiétude. La plaie fut maintenue en suppuration pendant 46 jours après la lésion. — Le malade sortit le 1er avril pour la première fois et s'est bien porté depuis.

MEDICINISCHE JAHRBUECHER

DES

ŒSTERREICHISCHEN STAATES.

L'inflammation malaxique (Schmelzende Entzuendung) *des parois des ventricules cérébraux, considérée dans ses rapports avec les autres formes d'encéphalite, et surtout avec l'hydrocéphale aiguë;* par le docteur Lippich (actuellement professeur de clinique à Padoue).

Ce mémoire très-étendu occupe cent pages d'impression du journal allemand, et forme une collection de faits qui doivent servir à remplir une lacune laissée dans les ouvrages précieux de MM. Rostan et Lallemand. C'est une révision complète de nos connaissances sur l'hydrocéphale aiguë. Il nous serait impossible de suivre l'auteur dans tous les détails du grand nombre d'observations rapportées dans ce mémoire; nous devons, par conséquent, nous contenter d'indiquer sommairement le contenu des chapitres et d'en extraire ce qu'ils contiennent de nouveau et d'intéressant.

Le premier chapitre contient les observations propres à l'auteur. Il rapporte d'abord *sub. a* 4 cas (dont trois chez des enfans) de *ramollissement inflammatoire des parois des ventricules cérébraux sans hydrocéphale concomitante.* Dans tous ces cas il y eut ramollissement pultacé, rougeâtre et partiel des parois du ventricule gauche ou droit ou de l'un et l'autre à la fois. *Sub. b* est rapportée avec beaucoup de détails une observation de *ramollissement inflammatoire des parois des ventricules cérébraux compliqué d'une collection séreuse peu considérable de ces cavités.* Dans dix autres cas semblables, relatés *sub. c.* il reste incertain, s'il y eut ramollissement ou hydrocéphale simple, ou compliqué; la plupart de ces enfans guérirent; les parens ne permirent pas de faire l'autopsie de ceux qui mourûrent et les symptômes observés pendant la vie ne laissèrent aucun doute pour le diagnostic. La plupart de ces derniers 10 cas furent observés en 1829, année qui se distinguât tant par le peu d'élévation et les grandes oscillations du baromètre et du thermomètre, que par la fréquence des maladies de la tête en général, surtout pendant l'hiver.

Le second chapitre, dans lequel l'auteur passe en revue nos connaissances sur l'hydrocéphale aiguë, se divise en trois parties. Dans la première, consacrée à des notices littéraires, l'auteur tend à prouver que l'hydrocéphale aiguë ventriculaire n'a pas été connue d'Hippocrate, bien que Goelis ait soutenu l'opinion contraire; il prouve que le passage d'Hippocrate, cité à cette occasion ne se rapporte qu'à la sérosité accumulée à la surface du cerveau. L'épanchement aqueux dans les ventricules du cerveau n'a pas été connu avant Vésale. M. Lippich cite ensuite un grand nombre d'auteurs, depuis Morgagni jusqu'à nos jours, qui parlent du ramollissement du cerveau avec hydrocéphale aiguë concomitante ou faussement supposée et parmi lesquels nous nommerons Wichmann, Goelis, Bouillaud, Lallemand, Itard, Rostan, Abercrombie et Billard. Dans la seconde partie de ce chapitre se trouve le sommaire de 15 cas, rapportés par d'autres auteurs, de ramollissement des parois ventriculaires et d'autres parties centrales du cerveau avec ou sans épanchement.

Dans la troisième partie enfin il établit un parallèle entre toutes ces observations. La conclusion qu'il en tire, est qu'aucun de ses prédécesseurs n'a fait attention à l'altération des parois ventriculaires, notée par lui dans les cinq premières observations. D'après l'auteur, il existe un ramollissement de la substance cérébrale partiel *rougeâtre,* de nature phlegmasique et accompagné d'infiltration sanguinolente, qui diffère d'un autre ramollissement blanchâtre, peut-être moins inflammatoire et provenant de l'infiltration active de la sérosité. La plupart des autres observateurs n'ont pas distingué ces deux variétés ou n'ont pas même observé la première; ou ils n'ont pas distingué le *ramollissement partiel* de la substance cérébrale de la *mollesse générale* de cet organe. Il paraît même que la véritable maladie phlogistique de la substance des parois des ventricules est restée entièrement inconnue jusqu'ici: Abercrombie n'indique que la variété blanchâtre. L'obstacle principal qui s'oppose ordinairement à la découverte de la maladie est, qu'on néglige d'enlever la pseudo-membrane qui revêt les ventricules, lorsqu'il y a hydrocéphale aiguë, et qu'on n'examine pas avec assez d'attention l'état des ventricules cérébraux lorsqu'il n'y a pas d'épanchement. Les faits où on n'a pas trouvé *d'eau* dans les ventricules nonobstant la présence de tous les symptômes qu'on attribue à l'hydrocéphale ne sont cependant pas rares; ils sont même tellement fréquens qu'on a cru pouvoir nier entièrement l'existence de cette dernière affection.

Dans le troisième chapitre l'auteur passe à la description de la *marche des symptômes de l'hydrocéphale aiguë et de l'inflammation malaxique des parois des ventri-*

cules du cerveau. Nous reproduisons ici le parallèle qu'il établit entre ces deux affections ; la différence qu'elles offrent dans leurs symptômes, n'est que très-peu marquée.

Symptomatologie de l'hydrocéphale aiguë.

Première période. Indifférence, *sensibilité* (1), *photophobie, misanthropie*, perte du teint fleuri, de santé et de l'élasticité musculaire, pésanteur, incertitude dans la marche, qui est pénible, *le malade soulève les pieds très-haut* en marchant; vertiges lorsqu'il est debout; état *méditant par intervalles; décubitus sur le côté avec la tête tirée en arrière.* Sommeil fatiguant interrompu *par des vociférations et par des gémissemens.* Douleurs vagues. Changemens de température, peau flasque. Pouls un peu plus faible et intermittent. Plus rare est le début de l'affection par des convulsions avec céphalalgie, tiraillement dans la nuque, *sensibilité augmentée de la vision et de l'ouïe*, vertiges, assoupissement, avec pouls plein, dur et lent; vomissement.

Seconde période. Les symptômes de turgescence, qui ont caractérisé la période précédente (appelée par Goelis période de turgescence), se perdent dans la période inflammatoire et font place à ceux qui suivent : douleurs à la région frontale, souvent ou quelquefois alternantes avec des douleurs du ventre. Agitation et anxiété, *sursauts, criailleries, les nuits passent pour la plupart sans sommeil et sont agitées ; sensibilité de l'ouïe*, altération de la parole, difficulté dans les mouvemens. Gémissemens, *plaintes*, grincement des dents. Tête brûlante, face pâle, yeux offrant une expression de timidité, *et sensibles à la lumière du jour.* Pupille contractée; les narines sèches et alternativement rétrécies ou dilatées. Langue chargée; vomissemens, qui augmentent lorsque le malade n'est pas couché. Constipation ou évacuation d'excrémens argilleux, épais et bruns. Urines en petite quantité et troubles, peau sale et décolorée, pouls lent. Attouchemens automatiques de la tête et des parties génitales. Dépérissement rapide.

Troisième période. (Période de transudation d'après Goelis.) Exaspération de la plupart des symptômes (inflammatoires) de la période qui a précédé. *Ce n'est que dans la seconde moitié de cette maladie que le malade ne peut plus rester debout.* Pas d'agitation. Dé-

(1) Les symptômes distingués par des caractères italiques sont ceux qui sont particuliers à chacune de ces deux formes de maladies.

Symptomatologie de l'inflammation malaxique des parois des ventricules du cerveau.

Première période. Humeur acariâtre et plaintive chez des très-petits enfans. *Grand abattement* et répugnance pour toute espèce de mouvement; répugnance de parler. *Démarche traînante et chancelante* avec la tête penchée. *Indifférence pour les impressions morales; intelligence affaiblie. Le malade évite à dessein tout exercice des facultés intellectuelles; sensibilité moindre des organes externes des sens.* Tantôt insomnie, tantôt *envie de dormir.* Frissonnement alternant avec chaleur, prédominance de la sensation de froid; la tête offre une température inégale; changement subit de la couleur des joues, décoloration permanente de la face; quelquefois maux de tête, défaut d'appétit, digestion altérée, et constipation.

Seconde période. Développement d'un *état soporeux* (*coma somnolentum*) déjà le 3me jusqu'au 5me jour; frissons réitérés, suivis de chaleur, qui va en augmentant, sans être continue. Tension dans la nuque. Douleurs par secousses dans le sinciput et le vertex. Sécheresse de la peau, de la muqueuse de la bouche et du nez. *Dans cette période le malade ne jette que rarement les hauts cris, qui ne viennent que par accès et durent très-peu de temps.* Il fait plutôt entendre des *gémissemens supprimés ;* parfois il *grince les dents.* Les yeux sont entr'ouverts, en mouvement oscillatoire, souvent injectés et la pupille contractée. Ils sont *encore moins sensibles à la lumière que dans la première période. L'ouïe est notablement plus faible, l'odorat semble manquer entièrement. Le goût et le tact ne sont guères affaiblis.* Tête lourde et pésante, même hors l'état d'assoupissement. Regard fixe et sans expression. Parole lente, traînante, incompréhensible et monotone. Le malade n'est pas toujours capable de maintenir la tête en position droite. *Tous les mouvemens musculaires manquent d'énergie. Les douleurs sont souvent plus prononcées à l'épigastre que dans la tête.* Il y a alors en même temps des symptômes gastriques. Si les enfans font des dents il survient souvent des aphthes avec *gonflement* et *altération de la lèvre supérieure.* Anorexie, soif, suppression des selles et de la transpiration. Urines en petite quantité et troubles. *Mouvemens automatiques lents, tremblans et interrompus.* On observe plus fréquemment le décubitus sur le dos, avec la tête tirée en arrière *que le décubitus latéral.*

Troisième période. Plusieurs des symptômes, propres à la période de transudation de l'hydrocéphale aiguë, font leur apparition *déjà dans la première moitié* de l'inflammation malaxique, et surtout dans sa seconde et troisième périodes. Ils sont accompagnés de plusieurs signes de *paralysie*, tels que : *assoupissement croissant, abolition des facultés sensoriales*, le malade ouvre de temps à autre les yeux; son regard est fixe.

Symptômatologie de l'hydrocéphale aiguë.

cubitus oblique ou dorsal, avec trépignement et balancement des jambes, que le malade attire vers le ventre. Mouvemens tremblans; le malade porte presque toujours les mains à ses oreilles ou à son nez. *Tous les sens externes, à l'exception de l'ouïe, deviennent obtus. Un long intervalle de réflexion précède la parole, qui est entrecoupée et nasillante. Chaque respiration est accompagnée de gémissemens et de plaintes.* L'expression de la figure est tantôt celle de la patience, tantôt *sérieuse et menaçante.* Oscillation et strabisme des yeux. Pupilles dilatées; elles sont *encore sensibles à une lumière intense, diplopie. Ce n'est qu'à présent* que l'envie de dormir passe en assoupissement. Respiration interrompue par des soupirs. Pouls de plus en plus irrégulier, et plus faible. Évacuations involontaires. Action de la peau nulle; pas de vomissemens. Amaigrissement augmentant. Parfois des momens lucides.

Quatrième période. (Période de *paralysie.*) Les phénomènes de la 3me période se compliquent de *convulsions* générales, toujours suivies de paralysie et souvent d'un spasme, qui retire la tête en arrière et ne se termine qu'avec la mort. Mouvemens convulsifs de la figure. Abolition de la vision; dilatation ou contraction spasmodique des pupilles; la conjonctive est injectée et la cornée couverte de mucosités. Les yeux qui étaient rentrés dans la cavité de l'orbite, en sortent de nouveau. *L'ouïe plus obtuse, la déglutition difficile.* Rougeur phthisique alternant avec une pâleur de mort. Pouls fébril, respiration accélérée. *Les pieds se gonflent un peu;* les extrémités des doigts sont très-rouges; ils deviennent pâles peu de temps avant la mort. Accumulation de mucosités dans le pharynx, qui excitent des envies de vomir. Quelquefois encore grincement des dents ou délire mussitant.

Symptomatologie de l'inflammation malaxique des parois des ventricules du cerveau.

Amaurose complète; pupilles insensibles, et le plus souvent *inégalement dilatées.* Strabisme augmenté, quelquefois diminué. Les malades sont comme *frappés d'apoplexie. Diminution des mouvemens automatiques* à cause de la diminution excessive des forces. Respiration très-difficile; peau sèche et peu ou point sensible aux stimulans. Presque toujours évacuation involontaire des urines; constipation. Augmentation du collapsus; *convulsions* générales et partielles des membres; les convulsions se bornent presque toujours au même côté. Quelquefois *paralysie des membres sans convulsions*, surtout du côté opposé au siége du mal. C'est aussi vers ce côté que le malade *est penché:* il est couché obliquement ayant *les pieds étendus et sortant sous la couverture du lit.* Température basse des parties paralysées.

Quatrième période. Les symptômes de cette période indiquent une réaction fébrile continue, qui avait tout à fait manqué jusqu'ici, de sorte que l'auteur appelle cette période celle de *réaction finale.* (End-réaction.) Ces symptômes sont les suivans: augmentation de la paralysie, accompagnée le plus souvent de convulsions (qui ne sont pas violentes); défaut complet de connaissance, léthargie, rougeur circonscrite des joues, alternant avec une pâleur de mort; alors un teint continu est uniformément répandu sur la figure. Chaleur mordicante, surtout à la tête, qui est couverte de sueur. La conjonctive oculaire, comme couverte de poussière, injectée en stries, gonflée et enduite de mucosité. L'œil proéminent, entr'ouvert et fixe; la rétine et l'iris insensibles; le ventre très-contracté; la respiration fort pénible, accélérée, parfois intermittente ou stertoreuse, la bouche ouverte et remplie de glaires. Sueurs gluantes, évacuations involontaires et fétides, dépérissement de tout le corps.

Le quatrième chapitre est intitulé: *sur la nature et la génèse de l'hydrocéphale aiguë et de l'inflammation malaxique des ventricules du cerveau.* Quant à la *nature de ces deux affections*, l'auteur fait voir que l'une et l'autre proviennent de l'*inflammation.* Il résulte du parallèle de leurs symptômes que l'inflammation de la substance des centres cérébraux, qui se termine par le ramollissement, est plus grave, plus dangereuse et plus rapide que l'inflammation exsudatoire de la membrane qui tapisse les parois des ventricules. L'un et l'autre de ces états morbides existent assez souvent isolément et exigent un examen particulier. D'autres fois cependant on rencontre ces deux formes combinées, et nous observons ici les mêmes rapports de connexion qui existent entre l'encéphalité et la méningite, entre la pneumonie et la pleurésie, entre l'entérite et la péritonite, etc. La marche de l'encéphalite centrale et malaxique est en général plus courte que celle de l'encéphalite exsudatoire; elle est plus dangereuse et plus insidieuse, et cela s'applique non-seulement aux enfans, mais encore aux adultes. L'auteur croit en général que ce qu'on appelle apoplexie nerveuse des adultes dépend très-souvent d'un ramollissement du cerveau et surtout de ses parties centrales, et il semblerait qu'il ne faut quelquefois qu'un léger degré ou un commencement presque insensible d'un travail phlegmasique pour qu'il s'opère un épanchement de sang ou de sérosité. Il est du reste évident que la destruction d'un tissu parenchymateux, telle qu'elle a lieu dans l'encéphalomalaxie inflammatoire, est nécessairement une affection beaucoup plus grave que l'exsudation d'un liquide, dont la résorption n'est pas impossible.

M. Lippich regarde l'inflammation exsudatoire des ventricules du cerveau plutôt comme une arachnoïdite que comme une meningite; et il s'appuye à cet égard sur les recherches de M. Magendie et de Martin Saint-Ange, concernant la disposition anatomique de l'arachnoïde. Suivant ces auteurs, cette membrane est un sac fermé et ne pénètre pas jusque dans les ventricules du cerveau; la membrane, au contraire, qui tapisse en partie ces ca-

vités et couvre le plexus choroïdien, n'est qu'un prolongement de la pie-mère, qui forme une ouverture longitudinale et irrégulière dans le voisinage du *calamus scriptorius*, où elle se réfléchit, pour pénétrer dans les cavités du cerveau.

C'est surtout la partie la plus large des ventricules latéraux, et le côté externe des corps striés et des couches optiques, que l'auteur désigne comme le siége le plus commun du ramollissement rouge des parois des ventricules du cerveau. La masse ramollie ressemble en couleur au sirop de grosseilles ; la substance du cerveau sous-jacente est inégale, ridée et comme érodée ; sa consistance, au reste, est tantôt naturelle, tantôt diminuée.

Le *ramollissement blanchâtre* se rapproche plus de l'encéphalite exsudatoire et dépend d'un degré moindre d'inflammation que le ramollissement rouge. L'auteur pense que dans cette forme le ramollissement, qui est beaucoup plus étendu et plus consistant, ne provient que de la stagnation de la sérosité. Ce qui est encore très-remarquable, c'est l'observation faite par plusieurs auteurs que, dans la plupart des cas d'hydrocéphale aiguë, on trouve l'estomac dans un état de ramollissement, friable sous les doigts et la membrane muqueuse de cet organe, surtout à sa partie inférieure, dans un état de commencement de décomposition. M. Lippich a eu occasion d'observer dans un cas le même genre d'altérations, qui lui paraissent être d'une plus haute importance lorsqu'on considère la sensibilité et les douleurs du ventre, qui compliquent si fréquemment l'affection du cerveau chez ces malades.

L'auteur passe ensuite à l'examen *de quelques-unes des principales causes de l'encéphalite exsudatoire et malaxique. L'enfance*, surtout pendant le travail de la dentition, y est plus disposée. Des enfans au-dessous de trois ans semblent cependant être moins rarement affectés par la forme exsudatoire, que par l'encéphalomalaxie Cette disposition est favorisée par *l'habitus scrofuleux* et *rhachitique* et par la *phthisie pulmonaire*, dont le rapport de connexion avec l'hydrocéphale aiguë a déjà été suffisamment reconnu par d'autres auteurs. M. Lippich indique en outre tant comme causes prédisposantes que comme causes occasionnelles : l'abus des boissons spiritueuses ; les degrés excessifs de température, et surtout de la chaleur ; les changemens brusques de température ; une atmosphère malsaine ; l'abus des substances narcotiques (surtout de l'opium, de la belladone, du stramoine, etc.), et enfin l'influence des contagions (surtout de celles de la scarlatine et du typhus). Ni l'une, ni l'autre de ces affections n'a été observée jusqu'ici avec certitude sous la forme d'affection *endémique* indépendante, ou *d'épidémie* intercurrente ; mais souvent on les a vues à la suite d'autres maladies épidémiques et assez souvent sous forme *métastatique* à la suite de la suppression des exanthèmes cutanés. Ce sont en résumé, comme dans les maladies en général, plutôt des causes individuelles que des causes épidémiques et endémiques, qui concourent à la production de ces deux affections, et c'est avant tout *l'éducation physique et morale*, qui y contribue le plus.

Dans le cinquième chapitre, l'auteur essaie d'établir un *parallèle entre ces deux formes et les formes périphériques d'encéphalite*. Il comprend parmi les dernières 1°, l'inflammation de la pie-mère, ou de l'arachnoïde, ou de ces deux membranes réunies (*Encephalo-hymenitis* et *Menengitis peripherica*) et 2°, l'inflammation de la substance du cerveau (*Encephalitis*). Il résulte de ces comparaisons, que les symptômes et la marche de l'hydrocéphale aiguë s'accordent essentiellement avec les symptômes et la marche de la méningite ; et il y a encore plus d'harmonie et de rapports entre les phénomènes de l'inflammation malaxique des parois des ventricules du cerveau et ceux de l'encéphalite périphérique simple.

Dans le sixième chapitre l'auteur *expose et compare la sémiologie des principaux phénomènes phrénitiques, surtout chez les enfans*, tels que la douleur, l'augmentation de la chaleur, l'altération de l'action du cerveau, la tendance au sommeil, les spasmes et la paralysie, le strabisme et la diplopie, et enfin l'amaigrissement rapide. Le défaut d'espace ne nous permet pas de suivre l'auteur dans tous ces détails.

Dans le septième chapitre enfin, qui traite des signes *pathognomiques* et *diagnostiques*, l'auteur passe en revue tous les caractères, indiqués comme pathognomiques par d'autres auteurs. Il résulte de cette analyse *qu'il n'y a pas de signes spéciaux qui annonceraient avec certitude l'existence de l'exsudation ou du ramollissement dans l'encéphalite centrale, et qu'on pourrait considérer comme pathomognmiques.* On peut cependant présumer avec beaucoup de chances de probalité la présence d'une exsudation, dans les cas où les symptômes de la méningite prédominent sur ceux de l'encéphalite, et la présence du ramollissement, là où l'ordre inverse de symptômes à lieu.

TIEDEMANN U. TREVIRANUS,

ZEITSCHRIFT FUER PHYSIOLOGIE.

Sur la structure des cartilages et des os dans l'homme ; par W. et F. Arnold.

Les illustres auteurs de ce mémoire se sont occupés depuis longtemps de recherches sur le tissu des diverses parties de l'homme et des animaux, tant à l'état sain qu'à l'état morbide. L'article que nous allons reproduire contient les résultats de leurs investigations sur la structure intérieure des cartilages et des os.

1. Les vrais cartilages ou cartilages permanens dans le fœtus de trois, cinq et sept mois, qui se trouvent aux extrémités des os, des articulations et des côtes, consistent dans un grand nombre de petits grains d'une consistance apparemment un peu plus dense que ceux du tissu primitif de l'organisation (*Bildungs gewebe* : le tissu cellulaire ou muqueux d'autres auteurs) et pour la plupart disposés sans ordre au-dessus ou à côté les uns des autres.

2. Le tissu cartilagineux, duquel les os sont formés par la suite, présente aussi au microscope des petits grains nombreux ; ces derniers cependant sont plus rapprochés les uns des autres sur des points particuliers, de sorte qu'ils laissent entre eux des espaces et des lignes distincts. Ils sont d'autant plus manifestes que le changement du cartilage en os a déjà fait de progrès. Mais ils sont moins distincts dans les cartilages articulaires.

3. Dans les points des cartilages, où l'ossification commence à se faire, nous apercevons, sur les bords des os, ces petits grains réunis en groupes et séparés par des espaces distincts, pour la plupart quadrangulaires, pentagones ou hexagones. Le commencement du travail de l'ossification s'annonce par l'apparition d'une masse opaque, brouillée, arborescente et composée de grains au milieu des espaces ouverts. Ces deux derniers résultats ont été obtenus au moyen d'expériences comparatives, en examinant successivement le tissu des cartilages articulaires jusqu'à celui des véritables os, dans différens os ; comme l'humérus, le radius, le fémur et d'autres os creux. En comprimant entre deux lames de verre le cartilage, qui est le tissu-mère (matrix) de l'os et surtout à la période de la métamorphose osseuse, on distingue une structure fibreuse dans les portions qui se séparent ; c'est-à-dire, qu'on observe que les fibres se séparent et qu'un grand nombre de granulations se dérangent de leur ordre ; mais il est impossible de constater avec certitude la nature de ces fibres savoir, si elles consistent en une rangée de grains ou si elles sont tubulaires.

4. Dans les adultes, le tissu cartilagineux se présente sous le microscope comme une masse blanche, composée de granulations amoncelées irrégulièrement. Cette masse contient des espaces intermédiaires, qui sont quadrangulaires, quintangulaires ou sexangulaires, mais sans règle ; parfois ils sont d'une forme arrondie, ovale etc. Nous distinguons aussi dans ces espaces de petites masses de vésicules comprimées et de volume différent, d'une forme ronde ou ovale et qui paraissent être, du moins en partie, des vésicules adipeuses.

5. L'arrangement de ces élémens est un peu différent dans les diverses espèces de cartilages. Dans les cartilages articulaires, par exemple, les espaces intermédiaires ne sont pas toujours anguleux ; ils sont souvent, au contraire, arrondis, oblongs ou d'une forme irrégulière. Dans les cartilages des côtes les espaces sont anguleux, de forme tantôt régulière, tantôt irrégulière et présentant quatre, cinq ou six angles. Dans le cartilage de l'oreille ils sont presque ovales. Le cartilage thyroïde présente la même disposition dans son tissu que les côtes, sauf que les espaces intermédiaires dans le premier sont plus arrondis et moins réguliers, et les auteurs ont trouvé, en examinant le corps d'un homme âgé de 40 ans, çà et là dans le cartilage thyroïde des points fibreux en grand nombre et un peu plus opaques que le reste de la masse ; c'était apparemment le commencement d'un travail d'ossification. Les cartilages des ligamens (Bandknorpel) consistent dans un grand nombre de petits grains, qui forment une masse assez égale. Mais dans ces derniers nous voyons quelques points plus distincts et d'une couleur plus opaque, ce qui provient probablement de la cohésion plus ou moins forte des granules.

6. En traitant les os des adultes par l'acide muriatique et en en plaçant des coupes minces et transversales sous le microscope, nous remarquons :

1° Des espaces intermédiaires de forme et de volume différens ;
2° Des fibres, qui pour la plupart sont situées dans la même direction que ces espaces ;
3° Des granules, dont les fibres sont formées et qui se trouvent aussi, en plus ou moins grand nombre, et disposées plus ou moins régulièrement, dans les intervalles ;
4° Enfin des masses opaques entre les fibres, qui sont formées de petits granules.

7. La disposition des parties sus-nommées est très-dif-

férente dans les différentes espèces des os, comme dans les os longs, courts et plats, et dans les deux genres de substance, dont ils consistent. Dans la substance externe ou compacte des os creux, les espaces intermédiaires sont ronds, ovoïdes, oblongs et souvent aussi de forme irrégulière. Les fibres, par conséquent, qui consistent dans une rangée de granules, prennent aussi un cours différent, qui presque toujours devient irrégulier là où les fibres, qui entourent les espaces intermédiaires en cercle, se confondent les unes avec les autres. Cette particularité ne paraît pas aussi distinctement dans une coupe longitudinale que dans une coupe transversale; dans la dernière, les espaces paraissent sous la forme irrégulière et les granules ne sont pas disposés en rangées d'une manière bien déterminée. La portion interne et cellulaire des os creux se distingue de la substance externe ou compacte, par la circonstance que dans la première il y a des granules en grand nombre disposés autour de chaque espace, qui ne se réunissent effectivement en fibres qu'à des places particulières. Mais à mesure que les granules s'éloignent des espaces, ils forment un aggrégat irrégulier. On observe une configuration semblable à celle-ci aussi dans les os courts et surtout dans les corps des vertèbres. Dans les os plats, comme au crâne, nous remarquons des espaces nombreux d'une certaine étendue, et d'une forme irrégulière ou oblongue. La substance osseuse, qui circonscrit ces espaces, est aussi composée d'un grand nombre de granules réunis. Ils sont moins régulièrement disposés en fibres que dans les os creux; nous découvrons cependant ici dans la disposition des granules en rangées, approximation à la structure fibreuse, quoiqu'il y en ai parmi eux beaucoup, qui sont amoncelés d'une manière irrégulière.

8. Dans les espaces ouverts que nous venons de décrire, nous observons très-fréquemment une masse en quelque sorte spongieuse ou cellulaire, qui les remplit en partie. Cette masse consiste dans un grand nombre de granules, assemblés sans ordre dans son centre, mais qui sur les bords des espaces et aussi sur les points où cette masse s'approche de la vraie matière osseuse, sont assez régulièrement arrangés sous forme de fibres, de sorte qu'il y a une transition graduelle de cette masse cellulaire dans la partie osseuse proprement dite.

9. Les cartilages, transformés en os, présentent les mêmes apparences que le véritable tissu osseux. C'est ce qu'on peut vérifier sur les cartilages du larynx et des côtes. Nous y découvrons de même beaucoup de granules réunis en partie pour former des fibres et entremêlés de quelques points opaques.

G. H. GERSON U. N. H. JULIUS,

MAGAZIN DER AUSLAENDISCHEN LITERATUR DER GESAMMTEN HEILKUNDE, UND ARBEITEN DER AERZTLICHEN VEREINS ZU HAMBURG.

Aperçu historique du début, de la marche et de l'extirpation de la peste dans l'armée russe du Caucasus, en 1828 *et* 1829; extrait du mémoire russe du médecin en chef de l'armée, M. R. Tsschetirkin.

En juillet 1828, trois jours après la prise du fort de *Kars* où la peste avait été importée pendant les derniers jours du siége, cette maladie commença aussi à paraître dans le camp des Russes, qui pendant l'assaut avaient dû être en contact avec les Turcs pestiférés. Le général en chef Paskewitsch ayant appris que les Grecs à Constantinople se préservent de la peste avec beaucoup de succès, se fit exposer en détail leur manière de faire et résolut aussitôt de mettre en pratique, parmi ses troupes, dès le début de l'affection, le moyen qui lui fut indiqué, savoir : que *l'eau* est le meilleur moyen de désinfection de la contagion pestilentielle, en même temps qu'on observe les mesures prescrites par le réglement de quarantaine. A cet effet, les mesures suivantes furent prises :

1° On campa à des grandes distances les uns des autres non-seulement les régimens et les compagnies, mais on espaça encore les tentes.

2° Les habillemens et ustensiles de tout genre (sans excepter les harnais et les armes), tant des officiers que des soldats, furent trempés pendant 24 heures dans l'eau courante ou, à défaut de celle-ci, pendant 48 heures dans l'eau stagnante. Toutes les choses molles qu'on pouvait soupçonner être infectées de la contagion, furent en même temps battues avec des verges et des bâtons. Tous les équipages furent lavés dans la rivière.

3° Toutes les personnes attachées à l'armée furent obligées de se baigner ou du moins de se laver le corps avec l'eau tous les jours et sans égard au temps qu'il faisait. La même chose se fit pour les chevaux et les autres animaux domestiques.

4° Tous les soldats reçurent des gants de cuir ou de fil, graissés d'huile ou de lard, avec l'ordre de ne toucher à rien avec les mains nues.

5° Personne ne pouvait se servir à table de nappes ou de serviettes.

6° Toutes les fournitures et les vivres, à l'exception du pain et des choses dissolubles, furent d'abord trempés dans la rivière. Le bétail et la volaille durent passer par la rivière ou y être lavés.

7° Tous les soldats du camp, depuis le chef jusqu'au simple soldat, furent visités deux fois par jour à nu, en présence des officiers de chaque corps par le médecin; chaque individu qui passait la visite, se frappait avec le plat de la main sur les aînes et sur le creux de l'aisselle, afin que le médecin pût se convaincre qu'il n'y avait pas d'inflammation commençante des glandes de ces régions.

8° Les individus malades ou suspectés de l'être étaient envoyés de suite à la section des pestiférés ou à l'hôpital d'observation, où ils étaient rigoureusement soumis aux lois du réglement de quarantaine. On ne se servit que *d'eau simple* pour moyen de désinfection.

9° Chaque tente, dans laquelle un individu malade ou suspect était découvert, était changée de place avec tous ceux qui l'habitaient et ses ustensiles, pour être soumis hors de l'enceinte du camp à une quarantaine de 7 à 14 jours, suivant que les soupçons étaient plus ou moins fondés. La tente, ainsi que tout ce qu'elle renfermait était alors, de nouveau lavée et trempée dans l'eau; les habitans de la tente même, étaient chargés de cette opération.

10° Le camp retentissait, nuit et jour, de musique et de chant, afin de maintenir la troupe dans des dispositions gaies et contentes.

11° On changea fréquemment les lieux de campement, en les transportant autant que possible plus haut le long de la rivière, et on brûlait chaque fois les barraques, les lits et tout ce qui n'était pas entièrement indispensable.

12° Dans les forts, les villes et les villages, où il se présenta des malades atteints de la peste, on suivit les lois de la quarantaine. On les divisa en sections, pour en faciliter la surveillance; on cerna des troupes, des villages infectés ou certaines parties des villages, de manière à empêcher toute espèce de contact avec ceux qui étaient cernés. Après la mort, ou la translation des malades à la section des pestiférés, leurs demeures étaient d'abord soigneusement lavées à l'eau, puis aérées en ouvrant toutes les portes et fenêtres, et les murailles blanchies de nouveau. Les cabanes qui menaçaient ruine, furent tout à fait brûlées ou démolies; on payait pour cela une indemnité aux propriétaires.

Ce fut au moyen de ces mesures, maintenues avec la plus grande rigueur, qu'on parvint en 16 jours, à extirper entièrement la peste dans le camp de *Kars*, après que soixante hommes en avaient été atteints, et parmi lesquels une grande partie fut encore sauvée. Dans la ville de Kars même, où la peste continua à faire des ravages pendant les mois de juillet, août et septembre, il y eut 1200 victimes, avant que le médecin de divi-

sion Schuller réussit à vaincre la résistance des habitans contre les mesures prophylactiques, après quoi l'épidémie ne tarda pas de s'éteindre. Les casernes situées dans un quartier particulier de la ville, restèrent exemptes de la maladie, parce que les soldats observaient ponctuellement les mesures ordonnées. Il y en eut cependant quelques centaines qui tombèrent malades, par suite du contact immédiat avec les habitans, auquel ils étaient exposés pendant la garde ou d'autres fonctions de service. Dans les villages, au contraire, on réussit presque toujours à arrêter les progrès de la peste à son début. Partout on ne se servit comme moyen de dépuration et de destruction de la contagion, que de l'eau simple, quelquefois aussi de l'eau salée ou des fumigations acides minérales. On abandonna cependant bientôt ces dernières, quand on eut reconnu qu'elles n'étaient pas praticables dans le camp et dans l'Orient avec la même sécurité que dans les hôpitaux européens, et que dans ces circonstances l'eau était préférable à cause de son emploi facile et commode.

La peste se répandit de *Kars*, par le moyen de transports de prisonniers, à *Gumry* et de là à *Tiflis*, et à *Eriwan*. Jusqu'au commencement de 1829, elle a envahi plus de dix endroits de la province de *Grusie*. Partout où les mesures que nous venons d'exposer, furent mises en vigueur, la maladie disparut aussi promptement que dans le camp de *Kars*. Elle gagna, au contraire, beaucoup d'étendue à *Gumry*, où on négligea ces moyens, se fiant aux fumigations minérales. Dès que l'eau fut mise en usage, la peste céda. En 1828, la peste ayant pénétré en Grusée, en prenant le chemin d'*Achalzich* et d'*Achzur*, fut bientôt exterminée par les mêmes mesures, dont l'exécution fut surveillée par des commissaires qui y avaient été envoyés exprès. Elle cessa toujours promptement, et en général en 15 jours, parmi les troupes. Après ce temps, les corps qui avaient été infectés, ne se réunirent à l'armée principale qu'après 10 jours de quarantaine, et de cette manière la maladie n'y parut jamais de nouveau.

Il résulte de ces expériences qu'on peut regarder *l'eau froide* non-seulement comme le moyen le plus facile et le plus commode à employer, mais même comme le moyen qui offre le plus *de certitude*, pour exterminer la peste. Mais tout en appréciant la haute valeur d'un remède aussi simple, l'auteur de cet aperçu ne nie aucunement l'utilité de l'air atmosphérique et des fumigations minérales. Enfin, ces expériences confirment le fait que l'extirpation de la peste ne souffre pas de difficultés, là où les mesures hygiéniques convenables sont mises en pratique avec l'énergie nécessaire.

RADIUS UND CLARUS,

BEITRAEGE ZUR PRACTISCHEN HEILKUNDE.

Observation de tumeurs anévrysmatiques répandues sur toute la tête et guéries au moyen de la ligature des artères carotides primitives droite et gauche, par le prof. Kuhl, à Leipsic.

Un ouvrier, âgé de 52 ans, dit avoir été blessé à l'occiput, il y a 25 ans, lorsqu'il était au service militaire, par une chute de cheval. Un an après il se développa en cet endroit une tumeur qui prit de l'accroissement et offrit de fortes pulsations. Elle donna lieu à plusieurs hémorrhagies. En 1834, le malade entre à l'hôpital dans un état d'épuisement. Presque tout le cuir chevelu depuis l'occiput jusque vers la racine du nez, est couvert de tumeurs anévrysmatiques. M. Kuhl commença par pratiquer le 24 mai la ligature de la carotide primitive du côté gauche. Les pulsations et les hémorrhagies des sacs anévrysmatiques du côté gauche cessèrent après cette opération. Onze semaines après, M. Kuhl pratiqua la ligature de la carotide primitive du côté droit. Les hémorrhagies se renouvelèrent encore plusieurs fois. Guérison le 23 décembre ; il ne restait alors à l'occiput qu'une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, et M. Kuhl présume qu'elle disparaîtra par résorption.

Note de la rédaction. — Un cas d'anévrysme variqueux, qui s'est développé à la suite d'une saignée de l'artère temporale et qui ressemble surtout sous le rapport de l'étendue de la dilatation des vaisseaux au cas précedent, est rapporté par M. De Noter, dans le premier volume du Bulletin de la Société de médecine de Gand (p. 192). La ressemblance entre ces deux cas et le grand nombre de sacs anévrismatiques, répandus dans l'observation de M. Kuhl sur le cuir chevelu, ainsi que la continuation des hémorrhagies, même après que la ligature des deux artères carotides fut achevée, nous font présumer que ce dernier cas n'était pas non plus un simple anévrysme, mais qu'il pouvait bien être un anévrysme mixte. Nous émettons cependant cette observation avec toute la réserve que nous devons au talent observateur de M. Kuhl.

Observation d'un lipôme squirrheux, qui couvrait et comprimait la trachée-artère.

Cette désorganisation avait produit pendant la vie, des symptômes qui faisaient croire à l'existence de l'asthme, d'un hydrothorax, d'une maladie organique du cœur. Des accès asthmatiques avaient lieu dès que la malade restait plus d'une demi-heure dans la même position. La voix fut toujours un peu voilée et tremblante. La mort arriva par suffocation.

« Cette observation vient d'une part confirmer le fait » que l'asthme peut être le symptôme des altérations » organiques les plus différentes des organes de l'hé- » matose et de la circulation ; et de l'autre elle fait » voir que malgré que l'asthme dépende d'une pareille » altération, ce symptôme peut néanmoins conserver » son caractère d'intermittence. Il nous paraît proba- » ble que dans l'asthme *organique* (qu'on nous passe » l'expression) comme dans l'asthme purement nerveux » (sans altération reconnaissable), cette modification » morbide de l'acte respiratoire est le résultat d'un » *défaut momentané d'innervation*, produit dans le » premier cas par l'action *indirecte* et dans le second, » par l'action *directe* des causes morbifiques sur l'ap- » pareil nerveux des organes de l'hématose. Mais si » cette supposition est vraie, (et nous devons la croire » telle, puisque nous ne saurions autrement expliquer » la *périodicité* du symptôme, qui est la même dans » l'asthme organique comme dans l'asthme purement » nerveux), nous arrivons à une conclusion thérapeu- » tique très-importante, c'est celle que nous ne devons » pas rester inactif, même dans le cas d'asthme que » nous savons provenir d'une cause organique ; nous » pouvons même espérer que les remèdes antiasthma- » tiques que nous employons avec tant de succès dans » les cas de simple névrose, ne resteront pas non plus » sans effet, où il y a pour ainsi dire, *névrose acces- » soire* qui complique la désorganisation. Et c'est en » effet ce qui est confirmé par l'expérience. Ne som- » mes-nous pas souvent surpris du soulagement que » nous procurons à ces malades, qui semblent être » au delà de toutes les ressources de l'art, par des re- » mèdes pris dans la classe des stimulans, des altérans » et des légers narcotiques. Sous ce rapport les vieux » praticiens pourraient nous apprendre beaucoup, si » nous voulions pour un moment oublier près du ma- » lade qui vît encore et qui nous demande de vivre, » les rêves des fouilles que nous ferons dans son cada- » vre, qui nous est assuré. »

Observation de symptômes d'une légère intoxication produite par l'usage des harengs.

Vertiges, vomissemens, angoisse, sueur froide, disparition du pouls, etc. ; tous ces symptômes disparu-

rent après l'administration de deux doses de 15 grains d'ipécacuanha.

L'auteur fait remarquer le peu de différence qu'il y a souvent entre les substances nutritives et les substances vénéneuses. Nous ajouterons qu'il serait curieux de savoir, si quelques fluides sécréteurs comme le suc gastrique, la bile, le suc pancréatique, par leur influence chimique, ne développent pas quelquefois des principes vénéneux dans les substances ingérées dans l'estomac. A ce que nous sachions, il n'a pas encore été fait d'expériences à ce sujet. Considérant cependant les effets rapides et différens de la simple indigestion, produits par l'ingestion de certaines substances qui pourraient paraître innocentes, nous ne doutons pas que des recherches sur cet objet ne fussent suivies de quelques résultats avantageux. (Nos 5 et 6).

ANNALEN DER PHARMACIE,

VON GEIGER, LIEBIG, BRANDES U. TROMMSDORF.

Asparagine dans l'extrait de belladone; par Bilty.

L'asparagine a déjà été découverte dans cinq différentes familles du règne végétal, savoir : dans l'asperge (famille des asparaginées), dans l'althée (famille des malvacées), dans la réglisse (famille des papillonacées), dans la grande consoude (famille des boraginées) et dans la pomme de terre et la belladone (famille des solanées). Quant à la belladone, M. Bilty l'a trouvée en assez grande quantité dans l'extrait de belladone, préparé d'après l'ancienne pharmacopée de Prusse. On n'a pas encore pu la trouver dans la belladone; mais on conçoit qu'une substance qui ne se laisse reconnaître avec certitude par aucun réactif et qui ne se distingue pas non plus par sa saveur, échappe longtemps à l'observation. L'auteur a remarqué que la réaction acide de l'asparagine augmente par sa dissolution réitérée dans l'eau. (Plusieurs chimistes, tels que *Henry, Plisson,* etc., sont même d'avis que l'asparagine est plutôt un acide qu'une substance indifférente.) Les formes de l'asparagine, selon qu'on l'extrait des divers végétaux, sont peu différentes et semblent dépendre de quelques circonstances accidentelles pendant l'acte de la cristallisation.

Parallèle des poids médicinaux dans divers pays.

En Allemagne, en Espagne, dans les Pays-Bas, et en Suède, on divise *la livre* (*poids médicinal*) en 12 onces, l'once en 8 gros, le gros en 3 scrupules, et le scrupule en 20 grains. L'once contient, par conséquent, 480 grains, et la livre 5760 grains.

Une livre, poids médicinal, contient :

En *France* : 16 onces, l'once a 8 gros et le gros 72 grains ;

A *Rome* : 12 onces ; chaque once 24 denari, et chaque denaro 24 grains.

A *Naples* : 12 onces ; chaque once 10 gros ; chaque gros 3 scrupules ; chaque scrupule 20 Acini.

La *valeur* d'une *livre poids médicinal* même est dans les différens pays comme il suit :

1. En *Bavière* = 9/14 tt. de poids de commerce de Bavière = 360 grammes.
2. En *Autriche* et à *Milan* = 3/4 tt. de poids de commerce de Vienne = 420 grammes.
3. En *Prusse* = 3/4 tt. de poids de commerce de Prusse = 350,78348 grammes.
4. En *Saxe* et dans les autres états de l'*Allemagne* = 1 tt. de poids médicinal de Nuremberg = 3/4 tt. de poids de commerce de Cologne = 1,019877 tt. de poids médicinal de Prusse = 357,56686 grammes.
5. En *Angleterre.* — 373,243 grammes.
6. En *France.* — 489,505 «
7. A *Naples.* — 320,76 «
8. Dans les *Pays-Bas.* — 375 «
9. En *Pologne.* — 358,51 «
10. A *Rome.* — 339,13 «
11. En *Suède.* — 356,392 «
12. En *Espagne.* — 230 «

Un grain de France est — 0,87216 grains de Prusse.
Un grain anglais est — 1,06847 grains de Prusse.

Observation d'asthme arthritique, dans lequel le musc semble avoir produit des effets incontestables.

Un homme âgé, habitué à une vie luxurieuse et souffrant depuis plusieurs années de la goutte, qui jusqu'ici était revenue en printemps et en automne sous la forme des paroxysmes réguliers, s'éveille subitement à minuit, se sentant atteint d'un spasme violent, qui lui serre la poitrine et la gorge, et semble être menacé d'une mort imminente. M. Voigt le trouve avec le faciès livide, les yeux proéminens, les extrémités froides, le pouls imperceptible, la voix éteinte, et la respiration impossible malgré les plus grands efforts.

Tous les remèdes restent inutiles et la suffocation devient de plus en plus imminente, lorsqu'on apporte le musc qui avait été prescrit. A peine le malade en eût-il pris le premier paquet, que le spasme de la poitrine cessa ; le danger avait passé, et le malade, après avoir dormi d'un sommeil tranquille pendant quelques heures, s'éveille bien portant. Cet asthme revint dès-lors tous les printemps et les automnes, et aussi longtemps que l'auteur fut le médecin traitant du malade, il a toujours obtenu dans quinze accès suivans du même genre le même succès par l'emploi du musc. Ce traitement allopathique, qui d'après la propre conviction du malade lui avait plusieurs fois conservé la vie, dût faire place à l'homœopathie. L'asthme revient, le musc n'est pas administré et le malade meurt.

(*Summarium.* B. H. 3. 1835.)

Guérison de l'ascite.

M. le professeur *Otto*, de Copenhague, rapporte dans les n. 14 et 15 de *Casper's Wochenschrift*, deux observations d'*ascite* dangereuse et rebelle, guérie par l'emploi des pilules et des frictions suivantes :

Rec. Ammoniaci ℥ i
Extr. tarax.
Sapon. venet. ana ʒ ij
Pulv. scill. gr. vj
Pilul. hydrargyr. gr. xv
Ol. junip. q. s.
Ut fiant pilul. N° xviij.

Dont il fait prendre 5 à 10 par jour.

Il fait en même temps faire des frictions aux parties œdématisées et surtout sur le ventre avec le liniment suivant :

Rec. Tinct. semin. colchic.
Tinct. digital.
Tinct scill. ana ℥ β.
Liniment. volatil. ℥ j β.
Misce.

L'auteur recommande ce liniment comme un remède diurétique très-certain, qui cependant n'est pas toujours toléré par des malades à estomac faible, parce qu'il excite facilement des nausées et des vomissemens.

OSSERVATORE MEDICO DI NAPOLI.

ANTOLOGIA MEDICA.

Sur l'existence d'un Entozoaire, appelé Polystoma sanguicola, *dans le sang humain;* par Delle Chiaje.

Ier *Cas.* Feu le professeur Tolinea fut appelé, en 1824, en qualité de médecin consultant chez un jeune homme âgé de 25 ans, atteint depuis quelque temps d'hémoptysie. Le malade, d'un tempérament sanguin, et issu de parens sains et assez robustes, avait été allaité par une nourrice atteinte de la maladie syphilitique. Il est à présumer que, pendant sa jeunesse, il contracta la vérole. A vingt ans il eut la gale. La vie dissipée de soldat, l'affection syphilitique et psorique négligée et enfin la masturbation, à laquelle ce jeune homme s'était livré, semblaient avoir développé chez lui la prédisposition à l'affection actuelle de poitrine. L'hémoptysie s'était déclarée la première fois d'une manière alarmante, après un bain de mer pris pendant les chaleurs de l'été. Dès lors l'expectoration fut continue malgré les saignées générales et locales, l'emploi de la digitale, du sel de nitre, du régime laiteux et des exutoires. Un jour, le malade fut saisi d'un accès d'hémoptysie en présence du médecin, M. Gallo. En examinant le sang une demi-heure après, M. Gallo y trouva quelques petits vers aplatis, semblables à de petites sangsues, qui s'étaient attachés aux parois du bassin. A la vue de la surprise qu'il exprimait sur ce phénomène, les parens du malade l'assurèrent qu'ils avaient trouvé chaque fois que les accès avaient lieu, de ces petits vers au fond du vase. La maladie se transforma bientôt après en phthisie et l'auteur (M. Delle Chiaje), n'eut plus l'occasion de découvrir ces animaux dans les matières expectorées.

IIe *Cas.* M. Tolinea observa, en 1830, un cas semblable d'hémoptysie chez un individu qui avait été précédemment atteint de syphilis et de la gale. Le malade se voit tout à coup saisi d'une pneumorrhagie qu'on a de la peine à arrêter. Dans ce sang Tolinea trouve trois vers *Polystoma sanguicola.* Dès ce moment il abandonne le malade à l'observation de M. Delle Chiaje; mais aussi cette fois la maladie passe rapidement à la phthisie et l'auteur se voit trompé dans son espoir de conserver vivans ces entozoaires remarquables.

L'auteur regarde les deux observations précédentes, réunies à d'autres plus anciennes, (par exemple celle de Borelli dans ses *Observ. cent. III. Observ. IV.*) (1), comme des preuves irréfragables de l'existence du polystoma, quoique celle ci ait été niée par la plupart des naturalistes. M Delle Chiaje cherche à dissiper toute espèce de doute à ce sujet en avançant que le polystoma ne se trouve pas dans le sang même; selon lui, il est logé dans le parenchyme pulmonaire de la même manière que le *diastoma hepaticum* occupe le parenchyme du foie, le *tetrastoma,* les papilles des reins, et le *polystoma pinguicola* les ovaires. Ce n'est qu'après avoir perforé les parois des vaisseaux que ces animaux parviennent dans le torrent de la circulation. Ce qui parle encore en faveur de cette opinion, c'est que ces vermicules, rejetés avec le sang, loin de nager dans ce liquide, s'attachent aux parois du vase.

L'auteur ajoute à ses observations le tableau suivant du polystoma; cet entozoaire ressemble, à la première vue, à une gouttelette de sang coagulé, aplatie comme un pepin de citrouille, mais d'un rouge plus foncé que le sang liquide qui l'entoure. En examinant avec plus d'attention on reconnaît que ce qui paraît être une goutte de sang, est un véritable entozoaire; touché avec un morceau de bois, il se meut distinctement. L'animal présente deux extrémités, une pointue et l'autre arrondie; dans l'état de contraction il a 3 ''' de longueur et 2 ''' de largeur. Lorsqu'il s'étend, sa longueur est de 10 ''' et sa largeur de 3 '''. On distingue alors sa structure qui est presque annulaire. Il exécute ses mouvemens par une extension double, à la manière des petites sangsues. L'animal réagit contre la plus légère impression, et passe immédiatement du repos à un mouvement de plus en plus accéléré, soit qu'on le trouve nageant dans le liquide ou attaché aux parois du vase. (*Osservatore medico di Napoli.*)

(1) Il donne la description suivante de cet entozoaire : « quandoque alba aut alterius coloris insecta in sanguine pro naturali » usu habitantia, cucurbitæ seminum vel myrti foliorum similia, » venis eorum ita dispositis, ut nervos foliorum referunt; natantia insuper siphonibus, in capitis posteriore vel superiore » parte hiantibus, sanguinem prius imbibitum in rubro microcosmi oceano balenarum more innatantia. »

Traitement de la morsure de la vipère.

Le docteur Stephano Franchi, à Pavie, se prononce dans cet article, contre l'usage de serrer à l'aide d'un lien, le membre blessé par une morsure de vipère. Il y a trois ans, que M. Ridolfi, à Pise (Omodei, Annali, livr. LXIX), a déjà fait voir l'inutilité de ce procédé

et même les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter. L'observation suivante, communiquée par M. Franchi vient pleinement confirmer cette opinion.

Un jeune pâtre, âgé de 15 ans, est mordu au pied par une vipère; une sage femme n'a rien de plus pressé à faire que de lui serrer la cuisse avec force, immédiatement au-dessus du genou. Deux heures après, l'auteur trouve le malade avec le faciès pâle et hippocratique, le front convert d'une sueur froide, les pupilles dilatées, la langue sèche, la respiration gênée et anxieuse, et le ventre ballonné; le malade a en outre du délire alternant avec un état soporeux; des vomissemens presque continuels de matières vertes et âcres; et des évacuations alvines extrêmement fétides. La jambe est tuméfiée; la blessure a presque entièrement disparu; le pouls est filiforme et fort accéléré; la pulsation du cœur presque imperceptible. Le malade ne présente point de dysurie ou d'ischurie comme Ridolfi l'avait observé dans plusieurs cas semblables. M. Franchi arrache de suite la ligature, puisqu'elle n'a nullement empêché la marche envahissante du venin, et il ordonne une potion composée d'eau de mélisse et de menthe, avec l'ammoniaque et le sirop d'écorces d'oranges; en même temps il applique une ventouse scarifiée à l'endroit mordu, et y fait faire des frictions avec le liniment camphré. Après quoi, il applique encore un vésicatoire (*vesicans fortissimum*) large de 4 doigts. Le lendemain, le délire et le *sopor* ont disparu et le pouls s'est relevé. La morsure est vivement irritée. On continue les frictions; et dans les intervalles, on applique un cataplasme émollient. A l'aide de ces moyens, le malade se rétablit bientôt. L'auteur regarde l'ammoniaque, surtout appliqué sous la forme d'un liniment, comme le moyen principal à employer dans le traitement de cette affection.

(*Antologia medica.*)

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Esquisses *sur l'étude et les causes des grandes épidémies;* par le docteur Léon Marchant. Paris, 1836.

La question des épidémies a été traitée si souvent, les auteurs varient tant d'opinion sur la connaissance des causes des maladies épidémiques et leurs écrits ont jeté si peu de lumières sur ce point encore obscur et difficile de la science médicale, qui prête merveilleusement aux rêveries hypothétiques que l'imagination fait éclore, qu'on est tenté de se demander, lorsqu'un ouvrage nouveau vient à paraître sur cette matière, si l'auteur ne s'est pas égaré dans le sentier battu de ses dévanciers et s'il a pu arriver à des résultats plus positifs. C'est la question que nous nous sommes faite en commençant la lecture du travail de M. Léon Marchant; nous n'avons pas tardé de nous apercevoir qu'il laissait beaucoup à désirer sous le rapport des preuves, car il ne suffit pas en médecine de raisonner, une doctrine quelconque ne peut être valable que pour autant qu'elle est appuyée sur les faits. Il est vrai que l'auteur nous prévient dans sa préface qu'il ne publie aujourd'hui qu'une ébauche d'un travail plus important, dans lequel il se propose de donner plus d'extension à ses idées.

M. Marchant commence par poser la question suivante : *Les causes qui concourent à la formation d'une maladie sporadique, sont-elles* (en tant que l'une d'elles n'agit pas spécifiquement), *sont-elles les mêmes que celles qui la font éclater sous une forme épidémique?* Cette question, restée jusqu'ici sans solution, est décidée affirmativement par l'auteur, sans qu'il puisse apporter à l'appui des preuves irréfragables. Il a senti cette difficulté lorsqu'il dit : « Pour que cette proposition fut plus explicite et propre à recevoir l'application la plus large, nous aurions besoin d'un exemple ; mais cet exemple, tout à fait en rapport avec nos vues, n'existe pas; car s'il existait, le problème, dont nous nous proposons la solution, serait prouvé, et ce travail serait sans but. »

Il cherche à étayer cette proposition principale par plusieurs autres, qui auraient besoin à leur tour d'être prouvées. Nous ne pouvons admettre comme démontré, par exemple, que toute maladie épidémique doive nécessairement passer par l'état sporadique, puis endémique; qu'il ne peut exister que deux états bien distincts de l'atmosphère susceptibles d'agir épidémiquement sur les organisations, en produisant l'un la *constitution inflammatoire,* l'autre la *constitution catarrhale.* M. Marchant, comme ceux qui l'ont précédé, accorde peut-être une trop grande part dans la production des épidémies aux phénomènes météorologiques ; il admet « qu'il faut encore que les organisations aient subi des modifications profondes par l'effet de bouleversemens politiques, des guerres continuelles, par l'effet de l'excitation physique et morale, qui provient de ces luttes acharnées, sources de toutes sortes de misères. » Et pour prouver cette influence, il cite un assez grand nombre d'épidémies meurtrières précédées de troubles marqués dans les conditions météorologiques. Nous terminerons en citant textuellement le passage dans lequel l'auteur développe sa théorie du choléra-morbus épidémique. « On sait, dit-il, que nous attribuons à l'électricité la faculté de surexciter directement le système nerveux. Or, une atmosphère, qui a été pendant plusieurs années surchargée de fluide, a bien pu étendre spécialement son action sur des tissus, qui, dans leur manière d'être, offrent tant d'affinité avec l'électricité. Lorsque cette surexcitation a lieu par surprise, par crainte, par un sentiment de terreur, elle se fait sentir spécialement sur le genre nerveux abdominal; c'est un fait notoire. N'est-ce pas, en effet, ce qui arrive aussi par les déchargés de l'électricité atmosphérique? La sensibilité est sollicitée puissamment sur les organes digestifs, et les supersécrétions s'opèrent dans tous les sens. Poussée à l'extrême, nous pensons que cette surexcitation, ou plutôt cette irritation *à tergo*, constitue dans ses conséquences le choléra-morbus épidémique. »

Ce que nous avons dit en commençant cette analyse, s'applique également à la dernière partie de la brochure que nous avons sous les yeux, dans laquelle l'auteur essaie de prouver que depuis une dizaine d'années, nous vivons sous l'influence de la constitution catarrhale, et qu'il faut lui rattacher toutes les épidémies, petites et grandes, que nous avons observées depuis ce temps. Du reste, le travail de M. Marchant est remarquable par l'élégance du style et par l'habileté qu'il met à soutenir ses opinions.

Des pertes séminales involontaires; par M. Lallemand, professeur de la Faculté de médecine de Montpellier. — Paris, 1836, in-8°. Chez Béchet jeune.

Cet ouvrage est le complément des *observations et réflexions sur les maladies des organes génito-urinaires* du même auteur, dans lequel il s'était appliqué à perfectionner les procédés opératoires qui en assurent le diagnostic et ceux qui amènent la guérison. Aujourd'hui, il s'applique à étudier un phénomène à peine entrevu, et à en déduire des conséquences extrêmement importantes pour la pratique.

« Dans l'espace de 13 à 14 ans, dit M. Lallemand, j'ai recueilli plus de 1500 observations de pertes séminales, involontaires, assez graves pour altérer profon-

dément la santé et même pour causer la mort. La plupart de ces malades m'ont été adressés pour de prétendues *affections cérébrales* plus ou moins anciennes.... Chez beaucoup d'autres malades, on avait cru voir des gastrites ou des gastro-entérites chroniques, des anévrysmes du cœur, des phthisies commençantes, etc., ou bien des *affections* nerveuses, et surtout un *état d'hypochondrie.* » Les observations de M. Lallemand nous montrent des individus dont la constitution avait d'abord offert toutes les conditions favorables, tant au physique qu'au moral, présenter à l'époque où le corps a acquis son accroissement, et sans cause appréciable, tous les symptômes d'une maladie d'épuisement avec affaiblissement des facultés intellectuelles. En recherchant attentivement la cause de cette décrépitude anticipée, on découvrait qu'elle était due à une *spermatorrhée*, le plus souvent inaperçue, qui avait lieu pendant le sommeil, ou quand le malade se présentait à la garde-robe.

L'opinion de l'auteur, qui voit dans une spermatorrhée de longue durée la cause des symptômes encéphaliques les plus graves, devient très-probable quand on voit que, dans certains cas, des congestions cérébrales, l'affaiblissement ou le pervertissement des facultés intellectuelles et morales, l'anéantissement des forces physiques, n'ont laissé après la mort d'autres altérations appréciables que celles des organes génito-urinaires.

La cause la plus fréquente et la plus énergique, celle dont l'action est la plus directe et le moins contestée, paraît à M. Lallemand, être l'inflammation des organes sécréteurs et excréteurs du sperme, inflammation qui, de l'urètre et de la prostate, s'étend aux conduits éjaculateurs, aux vésicules séminales, aux conduits déférens, aux testicules, et même aux organes urinaires, et y produit des désordres considérables.

M. Lallemand ne se contente pas d'émettre cette assertion; il la prouve par plusieurs faits détaillés avec beaucoup de soin, et qu'il accompagne ou fait suivre de réflexions qui en font ressortir les points les plus saillans. C'est ainsi qu'il nous montre, après la mort, les orifices des canaux éjaculateurs ulcérés, dénudés par la suppuration de la prostate, dilatés, épaissis, endurcis, cartilagineux, et même contenant des granulations osseuses; les vésicules en suppurations, remplies de pus, engorgées, épaissies, cartilagineuses et quelquefois osseuses; des altérations analogue dans les canaux déférens, les testicules, la vessie, les uretères et les reins; altérations qui produisent et entretiennent la spermatorrhée en s'opposant à ce que le fluide séminal soit retenu par les conduits éjaculateurs; ou à ce qu'il puisse être tenu en réserve dans les vésicules séminales.

L'auteur explique ensuite comment il suffit très-souvent d'une irritation portée ou fixée sur la membrane muqueuse de l'urètre ou de la vessie, et qui se transmet si facilement aux orifices éjaculateurs et aux testicules, pour produire les pollutions. Il résulte de ses observations que la blennorrhagie est la cause la plus fréquente de la spermatorrhée. Il rapporte aussi des cas où cette maladie était déterminée par des affections cutanées qui réagissent sur les organes génito-urinaires, ou par des affections du rectum, comme l'inflammation ou l'irritation de cet intestin, les hémorrhoïdes, les fissures de l'anus, la présence des ascarides, qui provoquent les pollutions par la transmission de l'inflammation ou en comprimant les vésicules séminales, et souvent en produisant ces deux sortes d'effets à la fois.

Le traitement repose sur la connaissance des causes qui ont amené et entretiennent la spermatorrhée. M. Lallemand entre à cet égard dans des considérations du plus haut intérêt et qui doivent être lues dans l'ouvrage même pour se former une juste idée des préceptes qui y sont tracés avec ce talent qui caractérise toutes ses productions.

Della artificiale riduzione a solidita lapidea e inalterabilita degli animali, scoperta da Girolamo Ségato. Florence 1835, in-8° de 26 pages.

Cette brochure, qui nous arrive d'au delà des Alpes, est destinée à faire connaître un nouveau moyen pour la conservation des cadavres, dont la découverte est due à M. Girolamo Ségato, qui n'était d'abord ni médecin ni anatomiste de profession, mais qui après de nombreux essais est parvenu à trouver un procédé propre à donner à des cadavres entiers d'animaux, ou à quelques-unes de leurs parties, une consistance et une dureté qui se rapprochent de celles de la pierre, consistance qui est d'autant plus grande que les tissus sont plus mous et plus muqueux. Pour conserver un corps, M. Ségato n'enlève pas, comme on le fait d'ordinaire, le cerveau ni les intestins, organes éminemment putrescibles; il leur fait prendre la même solidité qu'aux autres parties. Cette transformation s'opère sans que la couleur, la forme et les autres caractères physiques des parties et des organes de l'individu subissent la moindre altération. La puissance de ce moyen est telle qu'il arrête sur le champ les progrès de la putréfaction, et enlève l'odeur fétide dont elle est la cause. Enfin, M. Ségato peut à son gré laisser aux membres ainsi endurcis comme le reste du corps, la souplesse de leurs diverses articulations.

Le Bulletin médical de Bordeaux qui annonce cette précieuse découverte, ajoute que « d'après le témoignage de l'auteur de la brochure en question, il existe dans le cabinet de M. Ségato un casier divisé en 214 compartimens, dont chacun, au premier coup-d'œil, paraît contenir les plus belles pierres dures qui soient au monde, et pourtant ce ne sont ni diamans, ni rubis, mais bien différentes parties du corps humain, la plupart pièces d'anatomie pathologique. Ici, par exemple, vous croiriez voir du jaspe d'Espagne rouge de sang; là, un corail de Chypre; eh bien! l'un est le rein injecté d'un fœtus, l'autre un morceau de cœur. Voilà, diriez-vous, des fragmens de jaspe de Sibérie; pas du tout, c'est une rate, un rein, un cœur. Quel est, dirait un autre, ce

beau grenat? — C'est une matrice. — Et cette sardoine transparente? — C'est l'épaisse peau d'un talon. — Et cette blanche cornaline? — C'est une tumeur fibreuse de l'utérus. — Et cette agate arborisée? — C'est une cornée avec les vaisseaux sanguins qui la recouvrent.— Et ce quartz du mont Rufoli? — C'est l'aorte et l'artère sous-clavière. — Pour le coup, dirait un troisième, voilà du granit de Sibérie. — Eh bien! non, ce sont des portions d'un foie malade, etc., etc. »

On sent l'importance d'une pareille découverte; et s'il est vrai qu'elle est portée à ce degré de perfection, elle serait d'une application extrêmement utile à l'anatomie pathologique. Malheureusement le procédé de M. Ségato est encore un secret; espérons que le gouvernement français qui a déjà, assure-t-on, entamé à ce sujet des négociations directes avec l'auteur, parviendra à l'acquérir en échange d'un juste dédommagement et en enrichira la science.

Traité de la consomption pulmonaire, comprenant des recherches sur les causes, la nature et le traitement des maladies tuberculeuses et scrophuleuses en général; par James Clark, M.-D., médecin consultant de LL. MM. le roi et la reine des Belges, médecin ordinaire de LL. AA. RR. la duchesse de Kent et de la princesse Clémentine. Traduit de l'anglais par Henri Lebeau, médecin du roi et médecin en chef de l'hôpital militaire de Bruxelles. — Bruxelles, 1836, in-8° de 388 pages. Librairie de Louis Hauman et comp. et Établissement encyclographique. — Prix : 5 fr. 30 ou 2 fl. 50 c^s.

En publiant dans notre dernier numéro l'analyse de l'intéressant ouvrage du docteur Clark, nous disions qu'il s'en préparait une traduction depuis longtemps attendue. C'est cette traduction que nous annonçons aujourd'hui, et nous savons gré à M. Lebeau d'avoir enrichi la littérature médicale française d'une production aussi remarquable et qui est d'une telle importance sous le rapport pratique, qu'il n'est aucun médecin jaloux de se tenir à la hauteur des progrès de la science qui puisse se dispenser de se la procurer. L'analyse que nous en avons faite sur l'original même, aura déjà donné à nos lecteurs une idée de la manière toute nouvelle avec laquelle l'auteur a traité son sujet.

On a pu s'apercevoir, par les développemens qu'il lui a donnée, que son but principal, comme il le dit lui-même dans sa préface, a été « de bien déterminer la nature et les causes de l'affection constitutionnelle qui donne lieu aux maladies tuberculeuses et de tracer les règles à suivre pour la prévenir ou la combattre. »

Lorsqu'on considère la fréquence des prédispositions à la consomption pulmonaire, la plus meurtrière de toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, le grand nombre de ses victimes et l'état incertain de nos connaissances pratiques sur ce point de la science, on sent la nécessité d'acquérir de nouvelles lumières et on ne peut s'empêcher d'applaudir à la publication d'un ouvrage qui répond à ce besoin. Le livre de M. Clark est l'œuvre d'un médecin consciencieux et instruit, qui a beaucoup vu et bien observé, et dont les préceptes sont toujours appuyés sur les faits. Nous ne craignons pas de dire que c'est un travail *ex professo* sur la matière, une précieuse monographie qui gagnera beaucoup à être connue des médecins du continent. En cela M. le docteur Lebeau a rendu un véritable service à la science et nous nous plaisons à reconnaître qu'il a rendu avec bonheur les idées du médecin anglais. Le style est clair, précis, sans être recherché, et répond parfaitement au texte anglais, qualités qui ne se rencontrent pas toujours dans une traduction. (M.)

Des caractères et des conditions de la viabilité. Thèse soutenue publiquement dans l'amphithéâtre de la faculté de médecine de Montpellier, le 17 février 1835, par H. Kuhnholtz, bibliothécaire et agrégé en exercice de la faculté de médecine de Montpellier, vice-président du cercle médical, membre correspondant de la Société royale de médecine de Marseille, de l'Académie royale de médecine de Barcelonne, etc., etc. — Montpellier, 1835, imprimerie de X. Jullien.

Cette thèse a été composée pour le concours de la chaire de médecine légale, vacante par la mort du professeur Anglada. Le sujet n'était pas facile à traiter quand on considère la divergence des opinions émises par les auteurs sur la viabilité, et le peu de temps qui est accordé aux concurrens pour ces sortes de productions. Cependant M. Kuhnholtz s'est fort bien acquitté de sa tâche et il a su répandre dans son travail, nous ne dirons pas de l'intérêt, mais même encore de nouvelles lumières. Il s'attache d'abord à fixer le sens de l'étymologie du mot *viabilite*, et il pense, avec MM. Marc, Orfila, Velpeau, etc., qu'il doit être regardé comme provenant de celui *via*, signifiant *chemin*, *carrière*, qui semble désigner plus naturellement la nouvelle *voie* que l'enfant, qui vient de naître, devra dorénavant parcourir. Enumérant ensuite les définitions que les meilleurs auteurs modernes de médecine légale ont données de la viabilité, il prouve que presque toutes laissent quelque chose à désirer en ce qu'ils ont confondus, le plus souvent, les caractères d'une époque de la *viabilité*, avec les caractères de la *viabilité* d'une époque plus ou moins éloignée. Il s'arrête aux idées de M. Collard de Martigny, qui établit la distinction des deux viabilités, *naturelle* (vie végétative) et *civile* ou légale (qui ne commence d'après la loi qu'au 180me jour).

Quant à la viabilité naturelle, l'auteur tire des faits que possède la science, et contrairement à l'opinion de Mahon, qui veut que les enfans nés à sept mois vivent très-rarement, tandis que ceux qui naissent à huit mois sont en très-grand nombre, les conclusions suivantes :

« 1° Les enfans de sept mois, qui vivent, sont plus

nombreux que ne le croyait Mahon, quoiqu'il en meure beaucoup.

» 2° A cette époque l'enfant est doué non-seulement de sa *viabilité naturelle*, mais encore de sa *viabilité civile ou légale*.

» 3° L'une et l'autre de ces *viabilités*, sont, entre le cent quatre-vingtième et le deux cent soixante-dixième jour, d'autant plus fortement prononcées, que le développement du fœtus est plus parfait; que sa constitution intime s'approche davantage de cet état normal que l'on appelle *santé;* et que l'époque à laquelle on l'examine, est elle-même plus près du terme ordinaire de l'accouchement.

» 4° Quoique des enfans aient pu vivre étant nés avant le cent quatre-vingtième jour, cette époque est celle qui méritait la préférence dans le choix qu'on avait à faire pour préciser les limites de la *viabilité* et de la *non viabilité*.

» 5° Il était indispensable de donner des limites justes, quoiqu'arbitraires, à la *viabilité*, par rapport aux *naissances précoces*, comme il l'avait été d'assigner de justes bornes, quoiqu'arbitraires aussi au terme de la grossesse, par rapport aux *naissances tardives;* quand bien même il serait démontré que, dans quelques occasions, heureusement excessivement rares, l'innocence eut été une victime sacrifiée à l'intérêt général. »

Concernant la *viabilité civile* ou *légale*, l'auteur entre dans quelques détails sur le sens qu'y attache le législateur (art. 725 du Code civil) et il arrive à cette conclusion « que le fœtus ou l'enfant qui vient de naître dans l'état *normal* constituant la *santé*, présente tous les caractères d'une double viabilité composée des *viabilités naturelle*, ou *civile*, ou *légale*, double viabilité que l'on pourrait appeler, à cause de cette circonstance, *viabilité naturo-civile*, ou *naturo-légale*, à volonté. »

M. Kuhnholtz examine ensuite ce qu'il faut entendre par *caractères de la viabilité*, qu'il considère chez les fœtus de six, sept, huit et neuf mois, ainsi que chez l'enfant qui vient de naître. Plus loin il tâche de préciser ce que l'on doit entendre par *conditions de la viabilité*, compare ensuite les *caractères* et les *conditions* de la viabilité, pour établir la distinction des unes d'avec les autres. Il termine son travail en passant en revue les principales questions médico-judiciaires qui se rattachent à la question. L'espace nous manque pour résumer ici les idées de l'auteur; les diverses parties de son travail se prêtent d'ailleurs difficilement à une analyse; mais nous dirons que la question de la viabilité s'y trouve traitée sous un point de vue tout nouveau et qu'on ne peut se défendre à la lecture de cet opuscule, quelle que soit l'opinion que l'on professe en matière de jurisprudence médicale, qu'il est l'œuvre d'un médecin légiste profondément instruit.

Dans notre prochain numéro nous rendrons compte d'un ouvrage de M. Kuhnholtz sur l'ensemble systématique de la médecine judiciaire, considéré dans ses rapports avec la médecine politique. (M.)

Illustrations of the Elementary Forms of Disease; by Robert Carswell, M. D., professor of pathological anatomy in the University of London. — *London.* Folio. 1833, 4, 5. 8 fasciculi. Longman. — (Iconographie sur les formes élémentaires des maladies; par R. Carswell, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Londres.)

La huitième livraison de cet important ouvrage dont la publication a commencé en 1833, vient de paraître. Les huit livraisons publiées jusqu'à présent, traitent 1° des *tubercules;* 2° et 3° du *carcinôme;* 4° du *mélanome;* 5° du *ramollissement;* 6° de l'*hémorrhagie;* 7° de la *gangrène;* 8° du *pus*. Chaque livraison contient quatre planches coloriées, qui se distinguent tant sous le rapport de l'exactitude minutieuse de l'imitation de la nature, que de la beauté typographique. Le texte est consacré en partie à la discussion générale du sujet et en partie à l'explication des planches.

L'ouvrage en question a pour objet ce que l'auteur appelle les *formes élémentaires* de la maladie; il comprend sous ce nom certaines altérations des tissus, communes à un grand nombre des parties, altérations qu'on distingue par certains caractères essentiels qui ne sont modifiés qu'accidentellement par la nature des tissus mêmes. M. Carswell part du principe que les tumeurs morbides doivent en général leur origine moins à une cause locale qu'à un vice inhérent à toute la constitution; et il établit comme une sorte de loi pathologique, « que la spécialité de la production morbide est indé- » pendante de toute action ou influence locale. » Il faut, par conséquent, que la prédisposition constitutionnelle inhère ou au sang, ou aux tissus, ou à tous les deux à la fois. Cependant lorsqu'on rencontre la même espèce de substance morbide dans des tissus d'une organisation très-différente, comme par exemple dans les tissus séreux et muqueux, sur les membranes de l'estomac et dans la substance du cerveau, il est très-probable qu'elle prend son origine d'un fluide général, qui parcourt toutes les parties de l'organisme.

Un fait, qui vient encore confirmer cet argument *à priori*, est celui que ces substances morbides se trouvent souvent formées dans le sang même, soit que celui-ci soit encore enfermé dans les vaisseaux, ou à l'état d'épanchement Ce n'est pas seulement dans les veines qui se ramifient dans le voisinage immédiat des tumeurs et où la matière carcinomateuse pourrait être parvenue par le moyen de la résorption, qu'on la trouve. M. Carswell prétend en avoir rencontré dans des veines éloignées, et dans une surtout qui exclut entièrement l'idée de la résorption, savoir dans la veine-porte. Une fois que le sang manifeste cette tendance hétéroplastique, il ne faut que de légères différences mécaniques dans l'un ou l'autre tissu, pour que celui-ci devienne le point d'attraction de la formation morbide.

M. Carswell range les *tubercules* parmi les productions qui ne sont pas susceptibles d'organisation, et il nie qu'ils soient transparens à leur première période.

Il regarde les tubercules comme une espèce de substance *excrétée*. Le sang, les surfaces muqueuses et séreuses sont leur siége ; mais ce sont surtout les surfaces muqueuses où ils se trouvent en plus grand nombre. Les observations de l'auteur sur ce point, sont tout à fait originales et évidemment basées sur des investigations anatomiques très-exactes.

On n'observe, suivant M. Carswell, la transparence de la matière tuberculeuse que dans les poumons et à la surface libre des membranes séreuses ; cette transparence précède la période, où les tubercules deviennent opaques. M. Carswell attribue cette apparence des tubercules à la circonstance que la sécrétion tuberculeuse subit un mélange avec les autres sécrétions de ces parties.

Sous le titre *carcinôme*, l'auteur traite avec beaucoup de talent quelques-unes des affections les plus malignes. Nous ne saurions douter un seul moment que les maladies comprises sous ce nom de carcinôme n'aient quelque chose de commun, bien qu'elles diffèrent beaucoup entr'elles tant dans leurs caractères physiques que dans leurs qualités anatomiques et physiologiques. Nous rencontrons cependant toutes ces affections dans la même constitution, elles coexistent dans le même individu et se transforment les unes dans les autres. « Enfin elles se terminent toutes dans la des-
» truction ou transformation graduelle des tissus qu'elles
» affectent, et elles possèdent toutes le même caractère
» réproductif, quoiqu'à un degré différent. »

Il divise le genre *Carcinôme* en deux espèces qu'il nomme *scirrhoma* et *cephaloma;* le premier a peu ou pas de tendance à s'organiser, tandis que le dernier s'organise facilement. Par la phrase, *capable de s'organiser*, M. Carswell semble vouloir dire, capable de devenir vasculaire; et le carcinôme le divise par conséquent, en deux groupes, qui se caractérisent par la présence ou le défaut de la tendance à devenir *vasculaires*.

Le *scirrhoma* de M. Carswell comprend le squirrhe, le sarcôme pancréatique d'Abernethy, le tissu lardacé de plusieurs auteurs français, la matière colloïde de Laënnec et le cancer gélatiniforme ou aréolaire de Cruveilhier. Sous le nom de *cephaloma* nous trouvons le sarcôme commun vasculaire ou organisé d'Abernethy, et le sarcôme médullaire du même auteur, appelé matière cérébriforme ou encéphaloïde par Laënnec, inflammation spongoïde par Burns et cancer mou par d'autres. Le fungus hématodes de Hey et Wardrop et la maladie fongoïde de sir A. Cooper sont des variétés particulières de cette dernière formation.

Le carcinôme se distingue du tubercule par son siége dans la structure moléculaire des organes et par sa tendance à devenir vasculaire.

L'auteur fournit ensuite des données fort remarquables sur *l'origine* et la *formation* du carcinôme, et il expose admirablement les détails de son premier développement dans la structure des organes. Il fait voir, entre autre, que c'est l'altération de la couleur et de la consistance des *acini* du foie qui annonce le commencement de l'affection carcinomateuse de cette glande quelque temps avant qu'ils ne présentent d'altération dans leur forme et dans leur volume. Ce n'est que plus tard, lorsque plusieurs de ces *acini* se confondent et augmentent de volume qu'ils perdent leur forme primitive et se transforment en une « masse lardacée ou dans l'une ou l'autre substance, qui appartient à l'une des deux espèces de carcinôme. » Ces changemens sont rendus avec la plus grande perfection dans une des planches. M. Carswell adopte l'opinion que la matière carcinomateuse se forme primitivement dans le sang. On l'a surtout trouvée dans les système veineux et capillaire.

L'auteur rejette la doctrine de l'origine de ces tumeurs par le moyen de *kystes*. D'après lui, la sécrétion carcinomateuse a non-seulement souvent lieu, où il n'y a aucun kyste; mais encore lorsqu'il en existe, la matière morbide se trouve souvent déposée en dehors de ces kystes.

Dans la description des caractères physiques du carcinôme, M. Darswell distingue trois formes principales qu'il appelle *tuberiforme, stratiforme* et *ramiforme*. C'est la première qu'on rencontre la plus fréquemment et dans un grand nombre de variétés ; elle peut être sphérique, pyriforme, en forme de fongus, lobulée, en forme de choux-fleurs, du tissu pancréatique, etc. La variété stratiforme se trouve surtout dans le tissu cellulaire sous-séreux, tandis que le carcinôme devient ramiforme, lorsque la matière morbide s'accumule dans les veines. On trouve cette dernière apparence très-fréquemment dans les glandes rénales.

M. Carswell comprend sous le nom de *melanoma* non-seulement cette production morbide *sui generis*, appelée mélanose par Laënnec ; mais il rassemble sous cette dénomination toutes les colorations et productions noires et les divise en deux groupes, Melanoma *verum* et *spurium*. C'est encore dans le sang que l'auteur cherche l'origine du vrai mélanome, de même que nous venons de le voir pour le carcinôme et le tubercule. C'est l'accumulation du carbone employé ordinairement pour donner aux cheveux, à la choroïde et à d'autres parties, la couleur, qui, d'après M. Carswell, développe cette disposition dans le sang. Une circonstance qui semble cependant parler contre cette supposition, c'est le fait que les cheveux gris et blancs sont beaucoup plus sujets à la désorganisation mélanotique que ceux d'une couleur foncée.

Parmi les formes *pseudo-mélanotiques* l'auteur décrit d'abord celle qui se trouve dans les poumons et qui provient de l'introduction de matières de charbon. L'analyse de cette matière noire, faite par Christison, a pleinement constaté son identité avec les produits ordinaires de la distillation du charbon.

Une autre espèce de pseudo-mélanose résulte de l'action de quelques agens chimiques sur le sang, et parmi lesquels les contenus acides, soit naturels, soit morbides, du canal alimentaire produisent le plus souvent cet effet. Les colorations varient « depuis une teinte
» jaune d'orange foncée jusqu'à la couleur de choco-
» lat. » La distribution de ces pseudo-mélanoses est

pointillée et arborisée, lorsque le sang, exposé à l'action des agens chimiques, est contenu dans les vaisseaux capillaires et dans les veines de l'estomac. L'étendue de cette espèce de pseudo-mélanose est proportionnée à la quantité et à la diffusion de l'acide gastrique, et son intensité à la quantité du sang contenu dans les vaisseaux de cet organe.

Il y a une pseudo-mélanose ou coloration *stratiforme* (en forme de couche) qu'on trouve le plus souvent ou dans le tissu sous-séreux du péritoine, ou dans les membranes accidentelles, lorsque du sang a été épanché. La coloration *liquiforme* se trouve dans l'estomac après des hémorrhagies par suite d'une cause quelconque; elle constitue les vomissemens noirs dans le cancer de cet organe. Le mélæna et la matière noire et poisseuse qu'on trouve sur les ulcères des gros intestins, proviennent de l'action du gaz hydrogène sulfuré sur le sang.

La stagnation du sang dans les extrémités des vaisseaux capillaires ou veineux suffit pour produire une fausse mélanose sans autre coopération d'un agent chimique. C'est ce qui donne lieu dans les poumons à la formation de la *matière noire pulmonaire*, qui peut accompagner toute maladie compliquée de beaucoup de gêne dans la circulation pulmonaire.

La coloration foncée qu'on trouve dans la membrane muqueuse des intestins et surtout dans celle du cœcum et du colon, désignée par les auteurs français sous le nom de *coloration ardoisée*, est fréquemment le résultat d'une inflammation chronique. Mais cette coloration peut aussi être simulée par l'action des matières acides sur le sang contenu dans les vaisseaux capillaires de la muqueuse. Or, pour que ce signe ait une véritable valeur, il faut d'abord vérifier si cette coloration anormale est accompagnée d'autres altérations dans la consistance ou dans l'épaisseur du tissu, ou dans les sécrétions des parties colorées.

Le *ramollissement* forme le sujet de la cinquième livraison. Si l'application du terme ramollissement était restreinte à cette espèce d'altération qui est une perversion de la nutrition, *sui generis*, nous n'aurions aucune objection à faire sur ce que l'auteur range cette altération parmi les formes élémentaires de la maladie. Mais nous sommes surpris de voir confondus dans le même chapitre le ramollissement provenant de l'inflammation et celui produit par l'oblitération des artères, sans que l'auteur croie même nécessaire de traiter spécialement de l'espèce idiopathique de cette altération. Il remarque cependant, en termes généraux, que le ramollissement peut dépendre d'une altération du sang et qu'il peut s'étendre aux tissus en général.

Si les recherches de John Hunter, Spallanzani, Adams et Allan Burns nous laissaient encore quelques doutes sur le ramollissement ou la dissolution de l'estomac par *l'acide gastrique*, nous ne saurions plus refuser notre conviction aux expériences décisives de M. Carswell sur ce sujet. La sécrétion qui donne lieu à cette sorte de ramollissement est *acide*, quoiqu'elle rougit le papier de tournesol; et cette propriété acide est essentielle pour son action dissolvante, la dissolution n'ayant pas lieu quand le fluide a été préalablement neutralisé. Le siége du ramollissement est toujours à la partie la plus déclive de l'organe, et ordinairement au *fundus*.

La sixième livraison comprend la révision complète des recherches modernes sur l'*hémorrhagie*. Elle contient moins de travail original que les livraisons précédentes. Aussi peut-on dire que les investigations modernes ont jeté plus de jour sur cette partie de la pathologie que sur toute autre, et que, par conséquent, il reste moins à faire sur ce sujet. M. Carswell classe les hémorrhagies en deux ordres, selon qu'elles résultent de lésions physiques ou vitales. Dans la première classe, il comprend toutes les hémorrhagies produites par solution de continuité et par obstacle mécanique de la circulation, soit dans le cœur soit dans les vaisseaux. Dans la seconde classe, nous trouvons les hémorrhagies occasionnées 1° par certaines altérations dans les fonctions des capillaires, comme dans l'hémorrhagie du tissu vasculaire du céphaloma, et dans le tissu érectile; 2° par l'état morbide du sang, comme dans le scorbut et dans certaines formes de purpura et de typhus; et 3° par faiblesse, comme dans les parties déclives du corps. Nous sommes étonnés que l'auteur ne fasse pas mention de l'hémorrhagie par pléthore ou hyperémie générale ou locale.

Les observations de M. Carswell réfutent l'opinion que la paralysie des extrémités inférieures corresponde à l'épanchement dans les corps striés, et que la paralysie des extrémités supérieures corresponde à l'épanchement dans les couches optiques. L'auteur n'admet pas non plus de rapports nécessaires entre la paralysie de la langue et l'épanchement dans les lobes antérieurs du cerveau.

On lira avec intérêt le chapitre qui traite des changemens que subit le sang épanché. Ce chapitre contient des détails excellens sur les deux modifications principales, que présentent les épanchemens sanguins dans le cerveau. Ou le sang se coagule et se transforme en tissu fibrineux, qui peu à peu se réduit à une simple cicatrice; ou la substance fibrineuse se transformant graduellement en un tissu cellulaire lâche, et renfermant un fluide séreux, finit par former un kyste complet.

Les planches de cette livraison sont extrêmement instructives. Celles qui représentent la formation des tumeurs hémorrhoïdales et les extravasations, produites quelquefois par des substances irritantes dans l'estomac, méritent surtout une attention particulière.

La livraison, intitulée *Gangrène* (mortification), abonde en détails de la plus haute importance; l'auteur a su jeter beaucoup de lumières sur un grand nombre de faits obscurs et dispersés, en les réduisant à quelques principes simples. On comprend facilement les divers changemens observés dans cette forme de gangrène ou de sphacèle, qui résulte de l'inflammation dans les différens tissus, lorsqu'on sait qu'ils dépendent d'une cessation de la circulation et que ce dernier état peut être produit ou par la pression des fluides,

épanchés, par suite de l'inflammation, sur les vaisseaux, ou par la coagulation du sang et l'obstruction des vaisseaux, qui en est la conséquence. Ces altérations peuvent avoir lieu dans les vaisseaux du tissu gangréneux, ou dans ceux du tissu, dont ce dernier reçoit sa nourriture.

La cessation de la circulation peut être occasionnée tant par un obstacle qui empêche l'afflux du sang que par une cause qui s'oppose à son reflux. C'est ainsi qu'une affection du cœur peut donner lieu à la gangrène des extrémités inférieures. L'obstruction veineuse produit aussi la gangrène des organes internes.

Enfin la gangrène est quelquefois la conséquence d'une simple *atonie*, qui n'a pas été précédée d'inflammation ou d'une obstruction mécanique de la circulation ; alors l'innervation et la nutrition d'une partie sont altérées au point de ne pouvoir imprimer le mouvement nécessaire au sang qui s'y accumule et qui éprouve apparemment quelque altération dans ses qualités chimiques. Tels sont le sphacèle scorbutique, la stomacace gangrænosa, la necrosis infantilis, etc.

Nous terminerons cette analyse imparfaite en recommandant cet ouvrage important, qui est le fruit de plusieurs années de travail et de recherches, à l'attention du monde médical. Ce sera toujours un des plus beaux ornemens de la littérature médicale de l'Angleterre.

——

An exposition of the nature, Treatment, and Prevention of continued Fever; by H. M'. Cormac, M. D. — London, 1835, in-8°.

Exposition de la nature, du traitement et de la prophylaxie de la fièvre continue; par H.-M. Cormac. Londres, 1835, in-8°.

C'est un traité sur le typhus en général, basé sur le principe que la fièvre n'est pas une maladie locale, mais qu'elle affecte toute l'économie. L'ouvrage, quoique renfermant des données utiles, surtout sous le rapport du traitement, manque de méthode et d'ordre.

—

The cyclopædia of Practical Medecine Edited by John Forbes, Alex. Tweedie, and John Conolly. — Four vols. Royal, in-8°. London, 1833, 1834, 1835.

Encyclopédie de la médecine pratique; publiée par J. Forbes, A. Tweedie et J. Conolly. — Quatre vol. Royal in-8°. Londres, 1833, 1834, 1835.

Cet excellent dictionnaire de médecine est destiné à rendre une idée complète de l'état actuel des sciences médicales en Angleterre. Les éditeurs ont réuni pour coopérer à ce but, tout ce que leur pays possède de distingué dans toutes les branches de notre art; ils ont créé de cette sorte, un ouvrage colossal de premier ordre. L'encyclopédie compte 67 collaborateurs, et elle contient plus de trois cents mémoires originaux qui forment ainsi un répertoire complet de tout ce qui a rapport à la médecine pratique, à la thérapeutique, à la matière médicale et à la médecine légale. La rédaction du *Répertoire général des sciences médicales au* XIXe *siècle*, etc. (Bruxelles, etc.) s'est acquis des justes droits à la reconnaissance du monde médical en France, en réunissant à ce dernier ouvrage la traduction des articles les plus remarquables de l'encyclopédie anglaise.

——

A therapeutic Arrangement and syllabus of Materia Médica; by James Johnstone, M. D. Physician to the general hospital, Birmingham. London, 1835. Small in-8°, p. 84.

Aperçu de la matière médicale; par J. Johnstone, médecin de l'hôpital général de Birmingham. Londres, 1835. Petit in-8°, p. 84.

Les substances usitées en médecine se trouvent d'abord rangées dans la première partie de cet ouvrage d'après leur action thérapeutique ; dans la seconde partie les substances animales et végétales sont classées d'après les systèmes de Cuvier et de Jussieu ; les minéraux suivant l'ordre alphabétique. Il s'y trouve jointe une table *posologique* (table comparée de la grandeur des doses). L'ouvrage peut rendre de grands services tant à ceux qui se proposent d'écrire ou de donner des cours sur la matière médicale, qu'aux élèves.

——

The British Medical Almanack, and Supplement, 1836. London, small in-8°, p. 160.

Almanach medical anglais, avec supplément, 1836. Londres, petit in-8°, p. 160.

Cet almanach, qui commence la seconde année de son existence, est rempli de données instructives et bien choisies. Outre un calendrier il contient une histoire chronologique de la médecine, des renseignemens sur le corps des médecins en Angleterre, sur les institutions publiques, les hôpitaux, les écoles de médecine, les sociétés savantes, et un grand nombre de rélevés statistiques extrêmement intéressants.

——

The American Cyclopædia of Practical Medicine and Surgery; a Digest of Médical Literature. Edited by Isaac Hays, M. D. Parts I to. VII *Philadelphia :* july 1833 to april 1835. in-8°.

L'encyclopédie américaine de la médecine et de la chirurgie pratiques; une revue complète de la littérature médicale. Publiée par J. Hays. Livraisons I à VII. Philadelphie, juillet 1833 jusques avril 1835. in-8°.

Plusieurs des médecins les plus distingués de l'Amérique prennent part à la publication de ce dictionnaire

de médecine par une collaboration active. Les articles ont en général plutôt le caractère de compilations que de travaux originaux; mais il en est un grand nombre qui s'appuyent sur des recherches directes et qui font preuve d'un bon choix de leurs matériaux.

Francisci Bene, méd. doct., consiliarii regii, professoris P. O. Therapiae specialis ac praxis medicae, et senioris facultatis medicae in Regia Scientiarum Universitate Hungarica, *Elementa medicinae practicae*. E. Praelectionibus illius publicis edita per *Franciscum Bene*, jun. M. D. (cinq volumes. in-8°. Pesth. 1833. 1834.) *Elémens de médecine pratique;* par F. Bene, publiés d'après ses leçons orales.

Quoique cet ouvrage annonce une grande érudition de l'auteur, il paraît manquer de simplicité et de précision; souvent même la manière dont les différentes parties y sont traitées, ne correspond pas à la hauteur des progrès de la science.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 26 janvier 1836.

Composition du 3e fascicule du tome V des mémoires de l'Académie. — Ce fascicule sera entièrement composé d'un mémoire de M. Breschet, sur la *structure de l'oreille.*

Emploi thérapeutique des saignées. Fin de la discussion. — M. Bouillaud s'attache à démontrer contrairement à l'assertion de M. Louis, que M. Chomel a toujours professé que la durée du rhumatisme articulaire se prolongeait de 35 à 40 jours, si ce n'est peut-être dans sa dissertation inaugurale, où il est fait mention du terme de 18 jours. — M. Louis n'a eu en vue que ce passage de la thèse de M. Chomel. — M. Honoré revient sur les citations de divers auteurs anciens qui ont préconisé et pratiqué les saignées abondantes. Il attaque la proposition de M. Capuron, qu'aucun d'eux n'a saigné comme M. Bouillaud. Botal, (*De Curatione per sanguinis emissionem*, 1546), n'admet pas même l'anémie comme contre-indication de la saignée *copieuse.* Voici la formule de sa méthode, 1° une saignée de 2 livres et demie à 3 livres; 2° six heures après, seconde saignée d'une livre et demie; 3° six heures après, troisième saignée de 3 livres à 3 livres et demie. — Le lendemain, il recommençait, dans certains cas. Botal cite un praticien, qui, du premier coup, tirait 5 livres de sang. Il le blâme d'ailleurs : *Eo quòd*, dit-il, *maluerimus aliquo modo infra subsistere, quàm* superflue *aliquid moliri.* — M. Capuron ne peut concevoir qu'on compare la méthode de M. Bouillaud, qui ne pratique que deux saignées modérées et applique des sangsues dans l'intervalle, à la méthode *atroce* de Botal, que la Faculté de Paris déclara dangereuse et *hérétique.* — M. Bouillaud repousse positivement l'analogie, qu'on veut établir ici. La pratique de Botal était réellement *atroce*, ce qui explique pourquoi elle est tombée dans l'oubli, tandis que la sienne subsistera. M. Castel, invoquant la nature complexe et incessamment variable des faits en médecine, ne peut comprendre qu'on veuille les étreindre dans des formules arithmétiques. Une statistique médicale se réduirait à quelques chiffres grouppés dans le quart d'une page! On n'aurait rien fait de mieux! Jusqu'à nos jours les observations recueillies seraient nulles!... M. Castel n'admettra jamais de pareilles prétentions. Cette méthode numérique serait tout au plus applicable à l'histoire des maladies épidémiques, qui, par suite du génie qui les domine, révèlent un caractère d'unité que leur imprime alors la neutralisation presque absolue de toutes les circonstances qui rendent habituellement si mobile le tableau des symptômes, telles que les causes prédisposantes, les constitutions individuelles, etc. Eh bien! On rejette précisément les épidémies de la statistique pour l'appliquer exclusivement aux maladies intercurrentes. — M. Castel exige du moins qu'on apprécie les chiffres. Ici, M. Castel revient sur la statistique que M. Bouillaud a établie dans les séances du 24 novembre et du 2 décembre, et d'où il résultait en définitive que pour la pneumonie traitée par la méthode des saignées coup sur coup, il n'est mort qu'un malade sur 23. M. Castel s'abstient de tout commentaire, mais il est plus explicite sur une dernière assertion de M. Bouillaud; savoir, que les malades ont guéri, terme moyen, en quatre à cinq jours. M. Castel ne peut taire qu'il lui paraît impossible qu'une phlegmasie viscérale parcoure ses périodes dans un temps aussi court. — Quant à la nomination d'une commission, il s'y oppose formellement. Le rôle que ses membres seraient appelés à remplir est indigne de l'Académie, soit que simples copistes ils dussent subir l'autorité d'un médecin leur dictant ses opinions sans contrôle, soit que discutant les faits ils se trouvassent exposés à ce qu'on répudie leur tutelle. Une méthode vraiment bonne se proclame d'ailleurs et se soutient d'elle-même. L'enquête demandée serait humiliante pour les deux parties. On ne fait d'enquête que quand il y a quelque chose à justifier. M. Castel demande l'ordre du jour sur les conclusions du rapport de M. Capuron, et sur la discussion. De toutes parts, ordre du jour.

M. Bouillaud demande la parole pour un fait personnel. Il conçoit que M. Castel représentant le *passé*, et lui le *nouveau*, que tous deux suivant des lignes si divergentes, ils ne doivent jamais se rencontrer. M. Bouillaud s'appuie de l'autorité de Laplace pour soutenir l'utilité de la statistique à laquelle les *faits médicaux* se plient bien mieux que les *faits de morale* ou *d'économie politique.* En demandant avec instance une commission d'enquête, M. Bouillaud a voulu montrer à l'Académie qu'il n'avait pas lancé devant elle des questions hasardées, dans le but d'obtenir du retentissement au dehors. Il ne faut point une année d'observation pour cette enquête; trois mois suffisent pour se former, en suivant une clinique, des opinions arrêtées et consciencieuses. — La clôture demandée de toutes parts est prononcée malgré l'opposition de quelques membres. — M. Capuron relit les conclusions de son rapport. Elles sont adoptées. Ordre du jour sur le reste des débats.

— M. le docteur Jolly lit un mémoire intitulé : *De la volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique.* Commissaires, MM. Esquirol et Virey.

— M. Jobert présente un homme qui, dans une rixe, a eu l'aile et le bout du nez emportés par une morsure

de son adversaire. M. Jobert a réparé la perte de substance à l'aide d'un lambeau de peau taillé dans la jone.

— M le président annonce que M. Boisseau, membre de l'académie, professeur à l'école militaire d'instruction de Metz, est mort le 2 janvier.

Rémèdes secrets. — M. Soubeiran, au nom de la commission des remèdes secrets, repousse comme ne méritant aucune attention du gouvernement, 24 nouveaux prétendus spécifiques. — M. Nacquart signale, à cette occasion, deux sortes d'abus également graves. Le premier, c'est que des médecins, même des membres de l'académie, portent souvent trop loin la bienveillance, et accordent avec une légèreté répréhensible l'autorité de leur signature aux *factums* du charlatanisme. Le second abus qui doit provoquer les réclamations de l'académie, c'est que des *brevets d'invention* sont délivrés chaque jour pour des arcanes médicamenteux dont l'usage peut être fort dangereux. L'académie, dépositaire et gardienne des lois et réglemens qui protègent la santé publique, doit revendiquer ses droits comme seul juge dans cette matière. Cette proposition, soutenue par M. Marc et M. Adelon, est renvoyée au conseil d'administration.

Orthopédie. Appareil de M. Hossard.—M. P. Dubois lit le rapport que la commission, chargée de l'enquête sur les cures orthopédiques de M. Hossard, a définitivement adopté, et dont les conclusions sont celles déjà énoncées (séance du 12 janvier). Toutes les recherches ultérieures faites, tous les documens fournis, n'ont pu amener d'autres résultats, et s'il reste démontré que M. Hossard a trompé l'Académie en présentant comme n'ayant subi aucun traitement deux malades déjà traités à Angers, aucune preuve décisive n'a pu établir que la troisième n'ait eu qu'une déviation artificielle. Ainsi donc, la commission vote pour que l'expédition du premier rapport de M. Bricheteau soit faite, à condition que le présent rapport *d'enquête* y soit annexé, et que le blâme de l'Académie trompée par M. Hossard y soit expressément notifié.

Cette lecture est suivie d'une discussion qui emporte le reste de la séance sans se terminer. M. Maingault voudrait qu'on isolât la question scientifique de la question de personnes. Cette dernière n'est point de la compétence de l'Académie.

M. Lisfranc reproduit tous les argumens qu'il a déjà développés contre les conclusions du rapport d'enquête dont il s'agit. M. Lisfranc revient surtout sur l'étonnement où il est du doute que conserve la commission relativement à la déviation factice de la troisième malade, présentée par M. Hossard; cependant il n'est guère possible de comprendre qu'une courbure de 17 lignes de fléchi de la colonne vertébrale, et une claudication résultant d'un raccourcissement de deux pouces de l'un des membres inférieurs, puissent se dissimuler par des arrangemens de toilette, au point que 15 jours avant que cette espèce *de cul de jatte*, suivant l'expression d'un des commissaires, se présentât à Paris à l'examen de la commission; toutes les personnes en relation avec la malade n'avaient jamais vu en elle qu'une grande et belle fillle *qui boitait seulement un peu après avoir beaucoup marché*, ainsi que cela appert des certificats fournis à Angers, même les plus favorables à M. Hossard.

MM. Sanson et Emery appuient fortement la motion de M. Lisfranc pour qu'aucune espèce de rapport ne soit expédié à M. Hossard qui bien évidemment se joue de l'Académie.

M. Husson ne nie point que M. Hossard ait trompé l'Académie, mais il n'attache pas du tout à cette tromperie l'importance que ses collègues veulent en faire ressortir. Il s'agissait de constater des difformités bien évidentes, de juger par l'expérience acquise, de leurs degrés actuels et du temps approximativement nécessaire pour la guérison à l'aide des méthodes connues. C'est ce qu'a fait la commission, qui n'a, quoi qu'on ait dit, rien négligé pour s'entourer de toutes les données propres à l'éclairer sous ce premier point de vue. Il s'agissait ensuite de constater si réellement M. Hossard remplissait l'engagement qu'il prenait de guérir les malades dans un laps de temps donné, et plus court que celui exigé par les procédés ordinaires. C'est encore ce qu'a fait la commission avec autant de soins. Qu'importe maintenant que les sujets atteints des déviations aient été déjà soumis à un traitement à Angers, si telles qu'étaient encore ces déviations, elles ne devaient céder que beaucoup plus tard aux moyens usuels d'orthopédie? Quant à l'accusation portée contre M. Hossard, d'avoir provoqué artificiellement une déformation chez l'une des malades qu'il a présentées à l'Académie, M. Husson ne peut croire à cette infâmie. En tous cas, sous le rapport scientifique, le fait tournerait encore à l'avantage de la méthode de M. Hossard, car un moyen capable de produire une déviation aussi marquée sur une colonne vertébrale saine, ne serait pas moins puissant pour combattre une déviation naturelle.

M. Duméril a vu les malades présentées par M. Hossard à l'Académie des sciences. Il a bien constaté l'énorme déviation et la claudication de la malade qui est l'objet de l'inculpation. M. Duméril ne cache pas qu'il a été très-surpris de la voir si promptement rétablie.

Séance du 9 février. La discussion continue sur les cures orthopédiques de M. Hossard. Après un débat assez vif sur ce sujet, et malgré l'opposition réitérée de M. Lisfranc, la clôture de la discussion est prononcée; M. P. Dubois relit les conclusions de son rapport, qui sont adoptées.

— M. Amussat présente une pièce anatomique, extraite du cadavre d'un enfant nouveau-né, où l'on voit une imperforation du rectum avec ouverture étroite de cet intestin dans le vagin; monstruosité qui a entraîné la mort. M. Amussat rappelle à cette occasion l'opération qu'il a pratiquée avec succès dans un cas analogue, et qu'il a détaillée dans un mémoire lu à l'institut. La petite fille anglaise qui a subi cette opération, a maintenant cinq mois et se porte parfaitement bien.

Anus contre-nature. M. Velpeau montre à l'Académie un homme qu'il a guéri d'un anus artificiel par la suture de son orifice externe. — Cet homme portait cet anus artificiel depuis trois ans, à la suite d'un étran-

glement avec gangrène d'une hernie inguinale. Il n'y avait point d'éperon. — En conséquence l'entérotôme devenait inutile. M. Velpeau aviva les bords de l'orifice et en fit la section. Pour faciliter la cicatrice, deux incisions profondes ont été pratiquées à deux pouces de chaque côté de la plaie. Le succès est complet.

Séance du 16 février. Eau minérale de Ludwigsbrunn. — Sur la demande du ministre, l'Académie avait à répondre sur les propriétés médicales de cette eau minérale dont M. Viard fils veut établir un dépôt à Paris. — M. Pâtissier fait son rapport au nom de la commission. La source de Ludwigsbrunn est dans le grand-duché de Hesse, à trois-quarts de lieue de Friedberg, sur la rive gauche de la petite rivière de Nidda. L'eau de cette source est acidule, sensiblement saumâtre, mais sans amertume. M. Henry l'a soumise a l'analyse, qui a fourni, sur six livres d'eau, 16 grammes et demi de substances salines, et de l'acide carbonique libre; produits déjà constatés par M. Tiencrmann, chimiste de Hanau, à cela près des proportions. L'eau de Ludwigsbrunn diffère peu des eaux de Seltz, de Vichy, de Saint-Nectaire. D'après les expériences du docteur Kopp de Hanau, elle est efficace contre les aigreurs d'estomac, les flatuosités, la constipation, les affections graveleuses des reins, de la vessie, etc. Quoique ces observations demandent à être confirmées, la commission pense que la vente de l'eau de Ludwigsbrunn peut être permise. (Adopté.)

Larves d'insectes dans les évacuations alvines. — Une demoiselle de 18 ans, éprouvant des symptômes d'affection vermineuse, rendit une selle copieuse, provoquée par l'huile de ricin. Les lieux étaient situés dans un jardin. Les matières parurent immédiatement après, agitées par un mouvement intérieur qui étonna la malade. L'examen y fit découvrir une grande quantité de larves qu'un entomologiste crut reconnaître pour appartenir à *l'œstre de cheval* et à *l'œstre hemorrhoïdal*. M. Duméril, rapporteur de cette observation, a examiné ces larves qui se sont trouvées n'être que des larves de mouches qui s'amoncèlent communément sur les matières fécales, et qui ont été désignées sous le nom de *Musca serrata, Musca latrinarum, seu stercoraria* (Linnée). Ainsi ce fait doit être ajouté à beaucoup d'autres de même nature auxquels Rudolphi a consacré un chapitre, et qui ont été l'occasion d'erreurs non moins manifestes de la part d'hommes d'ailleurs éclairés, tels que Vanderlinden, Spigel, Sapoli, etc. M. Duméril ne nomme pas l'auteur de cette communication et propose, pour l'histoire de la science, le dépôt aux archives de l'observation et des rapports. Adopté.

Artériotomie. — M. Bouillaud fait un rapport sur un mémoire, de M. Magistel, relatif à l'artériotomie. Ce mémoire est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur traite de l'opération en elle-même et de la manière de la pratiquer. Dans la seconde, il signale les cas où elle lui paraît utile. De l'exposé détaillé de l'anatomie chirurgicale de la région temporale, M. Magistel tire plusieurs conclusions dont les principales sont: que l'on peut couper l'artère sans atteindre même la lame musculaire ou l'aponévrose temporale; que le tissu cellulo-adipeux ne peut s'opposer à l'écoulement du sang qui peut être considérable; enfin que les anastomoses rendent cette saignée déplétive à la fois pour les vaisseaux oculaires et auriculaires, et pour tout le système sanguin cérébral. — M. Magistel n'adopte point le procédé opératoire habituel, qui consiste dans une forte incision transversale fort douloureuse, qui a, en outre, l'inconvénient d'exposer ou à ne pas couper l'artère du premier coup, ou à couper jusqu'à l'os les fibres du muscle temporal. — Le procédé dont se sert M. Magistel, et qu'il propose, consiste à pénétrer d'abord par ponction avec un bistouri étroit et légèrement courbé, à une ligne au-dessous de l'artère jusqu'à l'aponévrose. La pointe du bistouri tenu comme une lancette (en deuxième position), est ensuite portée sous le vaisseau obliquement d'avant en arrière et de bas en haut, puis dans un troisième temps d'élévation, on coupe en travers et de dedans en dehors l'artère et les tégumens. — M. Magistel préfère d'opérer sur la région temporale gauche. Si l'on opérait à droite, il faudrait se servir de la main gauche. — L'écoulement du sang est favorisé par des mouvemens de mastication, quand le malade peut les exécuter. — Si le sang sort en bavant, on aide son écoulement au moyen d'une carte pliée en gouttière. Une petite compresse carrée, épaisse d'environ quatre lignes, et convenablement serrée par quelques tours de bande, suffit pour arrêter le sang et obtenir la cicatrisation de l'artère. M. Magistel repousse le nœud d'emballeur qui devient un véritable supplice pour le malade. Si le malade en délire peut arracher le bandage, M. Magistel pratique deux points de suture, ou la ligature de l'artère, ou même sa torsion. En tous cas, le bandage devra rester appliqué pendant plusieurs jours. Le seul accident à craindre est une petite tumeur anévrysmale d'ailleurs extrêmement rare. M. Magistel n'en a vu qu'un cas sur un militaire. La compression fit disparaître la tumeur en moins de quinze jours. — M. J. Cloquet en a vu deux sur un malade opéré par Béclard, en deux endroits. Bolfinius a évidemment et considérablement exagéré, quand il dit que plusieurs opérés sont morts à la suite de ces anévrysmes. M. Larrey a vu souvent l'anévrysme, mais il l'a toujours vu guérir promptement par la simple compression. Quant à la névralgie due à la lésion des filets du facial, c'est une prévision qui ne s'est point encore réalisée. M. Magistel rapporte 23 cas où il a eu recours, avec succès, à l'artériotomie. Voici, en définitive, les conclusions de son travail. L'artériotomie sera le plus souvent efficace dans les plaies de tête avec commotion et compression du cerveau; dans l'apoplexie, dans les convulsions provenant de congestion cérébrale, dans l'ophthalmie, dans l'otalgie, dans les érysipèles de la face et du cuir-chevelu, dans l'encéphalite. D'un autre côté, l'artériotomie n'aura que peu d'action dans la manie, l'épilepsie, l'éclampsie, les névroses, les névralgies, les fièvres graves. — M. Bouillaud signale le mémoire de M. Magistel à l'attention de l'Académie.

Les faits qu'il contient doivent ramener les praticiens à expérimenter un moyen thérapeutique énergique presque généralement abandonné sans raison suffisante. M. Bouillaud vote des remerciemens à l'auteur, et propose le renvoi du mémoire au comité de publication.

M. Velpeau pense qu'en effet l'artériotomie est trop négligée. Ses indications sont, du reste, mal précisées. Pour les dangers, ils sont réellement exagérés. Il semble que l'anévrysme devrait en résulter souvent, et la guérison se fait au contraire en peu de jours. — M. Sanson partage l'opinion que l'artériotomie peut être très-utile; il l'a pratiquée avec succès dans l'ophthalmie. Toutefois il n'admet point qu'elle soit sans inconvéniens. Un des plus graves est l'hémorrhagie. D'où le précepte qu'on trouve dans les auteurs de couper complétement l'artère pour favoriser sa rétraction. — M. Renaudin qui très-souvent, 25 à 30 fois, a fait ouvrir la temporale, et quelquefois les deux ensemble, n'a jamais observé l'hémorrhagie; il ne la redoute donc guère. Quoi qu'il en soit, il ne croit point à l'artériotomie une action plus puissante qu'à la phlébotomie. — M. Maingault, pendant son internat à Bicêtre, a également pratiqué très-souvent l'artériotomie, 60 à 80 fois; jamais il n'a constaté le moindre accident. — M. Sanson insiste sur sa proposition, et cite à l'appui un fait récent observé dans son propre service, il n'y a pas quinze jours. Une artériotomie a été suivie, au sixième jour, d'une hémorrhagie très-difficile à réprimer. — M. Velpeau ne croit point que la science soit en mesure de décider si l'artériotomie est préférable à la phlébotomie. Mais pour ce qui est de l'opération, il soutient qu'on s'en est exagéré les dangers, et relativement aux hémorrhagies dont on parle, d'abord elles sont rares, ensuite elles sont très-faciles à arrêter. — Un malade de M. Larrey eut, après l'artériotomie, quinze à dix-sept hémorrhagies; toutes furent immédiatement réprimées. — M. Duméril comprend par la physiologie l'efficacité de l'artériotomie dans l'ophthalmie, vu les anastomoses vasculaires; mais dans la congestion cérébrale il ne la comprend plus, le sang qui engorge le cerveau venant d'ailleurs. Suivant M. Duméril, l'oubli dans lequel est tombée l'artériotomie devait être le résultat inévitable des notions plus précises qu'on a acquises sur la circulation. — M. Itard a observé que dans les congestions cérébrales, l'artériotomie avait toujours des effets moins sûrs que la saignée veineuse.

Après avoir résumé la discussion, M. Bouillaud relit les conclusions de son rapport qui sont adoptées.

Nouveau sécateur utérin.—D'après M. Capuron, rapporteur, ce sécateur, inventé par M. Aronssohn, agrégé à la Faculté de Strasbourg, n'a point d'avantages sur le bistouri et l'érigne de Museux, dont se servent habituellement les opérateurs qui jugent à propos de couper le col de l'utérus. Cependant en égard au zèle pour la science dont l'auteur a fait preuve, M. Capuron propose de le remercier et de l'inscrire au nombre des candidats correspondans. Adopté. — A propos de ce rapport, M. Maingault émet l'avis que l'Académie devrait exiger toujours, quand il s'agit d'instrumens sur lesquels elle a à prononcer, qu'un modèle en fût préalablement déposé. Cette décision avait été prise il y a quelques années. Elle doit être remise en vigueur. Cette proposition, soutenue par MM. Desportes, Moreau, Velpeau, est mise aux voix et adoptée.

Cas grave de syphilis. Mémoire de M. Reynaud, professeur de l'école de médecine de la marine de Toulon. — M. Cullerier, rapporteur. Il s'agit d'un matelot, âgé de 26 ans, qui est mort après 14 mois et demi de séjour dans le service de M. Reynaud, où il était entré pour être traité de symptômes primitifs de la vérole datant de 15 jours seulement, et chez lequel, pendant ce long espace de temps, les médications spécifiques les plus actives ont été employées successivement et avec la plus grande énergie, sans que les progrès du mal aient pu être enrayés. — Soumis, dès son entrée, le 9 avril 1833, au traitement mercuriel, le 7 septembre, époque où on le cessa, le malade se trouvait avoir pris de 25 grains de cyanure de mercure, 91 cuillerées de liqueur de Van-Swiéten, sans compter 4 onces d'onguent mercuriel employé en frictions, et 9 bouteilles d'un rob antisyphilitique. La peau de la face, du tronc et des membres était couverte de pustules, et tous les poils du corps étaient tombés. — Du 8 septembre au 10 novembre, 19 gros d'iodure de potassium et 2 gros et demi d'iode furent employés. — Le malade était réduit au marasme et les accidens secondaires devinrent de plus en plus graves. Tout traitement fut suspendu jusqu'au 5 décembre. Alors des frictions furent pratiquées sur les pustules avec la pommade d'iodure de soufre. Le testicule gauche se tuméfia, mais les simples cataplasmes amenèrent sa résolution. Jusqu'au 12 mars, il y eut peu d'amélioration, mais le testicule droit s'engorgea subitement, et une ophthalmorrhée se déclara. Le 22 mars, l'hydrochlorate d'or et de soude fut administré pour la première fois. Le 28 avril, six grains avaient été pris par le malade. C'est à ce moment que la fièvre hectique se déclara. Une tumeur gommeuse s'était développée au-dessous de l'angle de la mâchoire. Le 14 juin, des accidens cérébraux surgirent; convulsions, contraction des membres, hémiplégie. Mort le 24. — Le fait le plus remarquable de l'autopsie, c'est qu'on a constaté la présence du mercure à l'état de chlorure dans le cerveau, 9 mois après la cessation de son emploi. — M. Reynaud discutant sur la cause des accidens, hésite à les rapporter tous au virus syphilitique. Les désordres nerveux lui semblent surtout devoir être attribués au mercure, qui, soit à l'état métallique, soit à l'état de chlorure, ne lui paraît pas pouvoir séjourner impunément dans nos tissus, et particulièrement dans le cerveau.

M. Cullerier croit que tout ici peut être rapporté à la syphilis. Le mercure, stagnant depuis si longtemps au milieu du cerveau, aurait dû bien plus vîte y susciter les lésions. Ce fait, en tous cas, est un de ceux qui montrent, comme chez certains individus, l'infection syphilitique est tenace et profonde. Dans de telles circonstances mieux vaut s'en tenir aux seuls soins hygiéniques. C'est M. Marchand, chef des travaux chimiques à l'école de Toulon, qui a fait les recherches pour décon-

vrir le mercure dans les organes. Le cerveau seul en a présenté les indices. Le procédé dont s'est servi M. Marchand, est celui indiqué par MM. Orfila et Devergie. (*Dict. de méd. prat.*) Cette découverte de M. Marchand est d'ailleurs fort remarquable, d'autant plus que des expériences multipliées à Paris, faites par M. Devergie lui-même, et dont M. Cullerier a été témoin, n'ont pas eu d'aussi heureux résultats. Ces expériences faites à propos d'un travail du docteur Colson, qui avait retrouvé le mercure dans le sang de deux personnes qui avaient pris du sublimé (*Archiv. gén. de méd.*, 1826), furent répétées par M. Devergie sur du sang, de l'urine et de la salive de vénériens traités par le mercure à hautes doses. Quoique par son procédé, M. Devergie puisse reconnaître le mercure étendu dans 120,000 parties de liquide, il ne put en découvrir un atome. La question n'est donc peut-être pas encore jugée. M. Cullerier propose, au nom de la commission, le renvoi au comité de publication, et l'inscription de M. Reynaud au nombre des candidats aux places de correspondans.

M. Gérardin ne regarde point comme extraordinaire la découverte de la présence du mercure dans le cerveau. Il a eu l'occasion de voir au Musée d'anatomie pathologique de Strasbourg, un crâne affecté d'exostoses et du mercure métallique incrusté dans les fibres osseuses. En 1806, la Société de Goettingue proposa, pour sujet de prix, la question de *la régénération* du mercure absorbé dans l'économie. Le plus grand nombre des compétiteurs fut pour l'affirmative. M. Lobstein avait adopté aussi cette opinion. — M. Velpeau fait observer que les auteurs renferment beaucoup de faits analogues. — M. Cruveilhier ayant appris que, sur le cadavre d'une femme morte à l'hospice de l'École, d'une péritonite traitée par les frictions mercurielles, on avait trouvé du mercure dans les mamelles, tenta une série d'expériences à ce sujet. Il fit pratiquer des frictions sur le ventre et la partie interne des membres postérieurs de plusieurs chiens, en enveloppant ensuite ces animaux dans des chemises de cuir. En huit jours tous succombèrent avec les gencives gangrénés. La saturation mercurielle était si grande que le métal était rendu par les selles. — M. Guérard, quelque procédé qu'il ait employé, n'a pas pu en découvrir le moindre indice dans les tissus. — M. Louyer-Villermay cite comme s'accordant avec l'observation de M. Reynaud, qui montre le mercure séjournant pendant neuf mois dans le cerveau, le fait d'un officier qui gagna la syphilis en 1807 à Barcelone, et fut guéri par le mercure. Un an après, à Paris, ayant eu froid, il fut pris subitement de salivation. — M. Cullerier veut que l'on se méfie de ces cas où l'on retrouve ainsi le mercure dans les tissus. Ce métal peut être introduit après coup. Dans les os, par exemple, c'est un moyen de montrer la continuité de leurs cellules. — M. Rochoux ne comprend pas le doute qu'on éveille ici. Tous les faits négatifs ne peuvent détruire un fait positif. Le mercure n'est pas d'ailleurs le seul métal qu'on ait retrouvé ainsi. On compte plus d'une vingtaine de substances minérales que l'analyse chimique a signalées.

Le rapport et ses conclusions mis aux voix sont adoptés.

Séance du 25 février.

Monsieur le président,

Désirant prendre une date certaine et m'assurer une priorité sans contestation, permettez-moi de mettre sous les yeux de l'Académie les conclusions d'un grand travail, que d'autres occupations ne me permettent pas de terminer en ce moment.

Dans l'état actuel de la science, on n'admet que les luxations complètes du fémur sur l'os iliaque ; Boyer regarde les luxations incomplètes comme à peu près impossibles ; sir A. Cooper n'en dit pas un mot ; et les deux ou trois observations qu'on en possède passent pour des exceptions dont la rareté même atteste la difficulté. Il y a bientôt un an que, dans un concours public au bureau central et dans une composition écrite, j'avais avancé que les luxations incomplètes étaient plus fréquentes peut-être que les complètes. Un examen plus approfondi du sujet m'a conduit encore plus loin. Je suis aujourd'hui fermement convaincu que *toutes les luxations primitives du fémur, produites par une violence extérieure, sont incomplètes.* Je ne ferai qu'indiquer ici les cinq ordres de preuves sur lesquelles je fonde mon opinion.

1° En produisant toutes les variétés de luxations coxo-fémorales sur le cadavre, l'articulation étant dans des conditions normales, on ne peut obtenir que des luxations incomplètes, même en déchirant les trois quarts de la capsule. Je viens de démontrer publiquement ce fait dans mon cours d'anatomie chirurgicale ;

2° Les symptômes donnés par les luxations incomplètes sont absolument les mêmes que ceux décrits par tous les auteurs pour les prétendues luxations complètes ; et il est facile de s'assurer que si la tête était complétement luxée, les symptômes seraient fort différens ;

3° Il serait impossible de comprendre le mécanisme de la réduction par les méthodes les plus généralement employées, si ces luxations étaient complètes ; tandis que tout est clair et évident en plaçant les os dans la condition des luxations incomplètes ;

4° Il est impossible de comprendre les réductions spontanées observées par quelques chirurgiens, hors les cas de luxations incomplètes ;

5° Enfin, j'insiste particulièrement sur ce point, qui me paraît bien propre à rehausser la valeur des argumens qui précèdent, *la théorie actuelle des luxations coxo-fémorales complètes n'est appuyée sur aucun fait.* Je ne nie point la possibilité des luxations accidentelles et primitives complètes ; mais je nie qu'il en existe un seul cas démontré par l'autopsie ; ce qui est la seule démonstration admissible, puisque les symptômes des auteurs sont les mêmes que ceux de mes luxations incomplètes.

Lors même que la luxation, non réduite, a été examinée après un très-longtemps, souvent on la trouve encore évidemment incomplète ; mais quelquefois elle est devenue complète, et il faut admettre ici un déplace-

ment consécutif. J'ai nié ailleurs, et je n'admets pas davantage à présent la production de ces déplacemens par l'action musculaire ; mais il y a ici une cause plus puissante à la fois et plus durable, c'est la pression du corps dans la marche sur la tête demi-luxée du fémur, pression qui tend évidemment à la faire glisser dans un sens ou dans l'autre, après avoir distendu ce qui reste du ligament capsulaire.

Enfin, ce qui est bien contraire à l'opinion générale, c'est en avant et en bas que la tête du fémur peut le moins s'écarter de sa cavité ; c'est en dehors et en haut qu'elle peut s'en éloigner davantage. Cela tient à la différence de longueur des portions de la capsule restées intactes ; pour le ligament rond, il est constamment rompu dans la moindre de ces luxations.

J'ai l'honneur, etc., MALGAIGNE.

Paris, 23 février 1836.

— M. le président annonce que M. le docteur Segond, membre correspondant à Cayenne, est présent à la séance.

Rapports.—M. Villeneuve lit, au nom de MM. Marc, Dupuy et Chevalier, un rapport sur une notice sur la topographie médicale de la ville de Chartres, suivie d'un tableau sur l'état sanitaire des hommes du septième régiment de chasseurs, pendant leur séjour dans cette ville, par M. Louis-François Leuret, aide-major au septième de chasseurs.

M. le rapporteur pense que la topographie de M. Leuret est loin d'être tracée sur un plan méthodique et d'être un travail complet. Cependant elle annonce chez son auteur un goût pour les travaux utiles et un talent d'observation, qu'il propose d'encourager, en adressant des remercîmens à l'auteur, et en l'engageant à continuer d'utiliser ses loisirs en s'occupant encore de pareils travaux.

Adopté sans discussion.

— M. Gimelle fait un rapport, conjointement avec MM. Renauldin, Ribes et Sanson, sur une lettre de M. Lafond, bandagiste, à Paris, lettre par laquelle il invitait l'Académie à nommer des commissaires pour vérifier un cas de guérison de hernie par sa *pelotte médicamenteuse*.

MM. Sanson et Gimelle s'étant rendus à cette invitation, d'après la décision de l'Académie, ils n'ont trouvé ni M. Lafond, ni le sujet dont il parle dans sa lettre, ni personne qui se fût présenté de leur part.

M. le rapporteur rappelle ici les motifs déjà exprimés dans un premier rapport sur l'impossibilité de concevoir la cure des hernies par des topiques ou applications quelconques, et sur le peu de confiance que l'on doit avoir aux prétendues guérisons des malades, qui n'ont pas été soumis préalablement à l'Académie.

En conséquence, il propose de passer à l'ordre du jour sur la lettre de M. Lafond, et de ne donner suite à des communications semblables qu'autant que les auteurs feraient constater la maladie par des commissaires de l'Académie, les rendraient témoins du traitement, et les mettraient, par suite, en position de constater des résultats.

Adopté sans discussion.

— M. Gimelle, chargé, conjointement avec MM. Bricheteau et Réveillé-Parise, de rendre compte d'observations envoyées par M. Ruyer, D.-M. à Senones, département des Vosges, propose de passer à l'ordre du jour sur ces observations, par ce motif qu'elles ont été déjà publiées dans un journal.

Adopté sans discussion.

— M. Capuron, pour lui et pour M. Villeneuve, rend compte d'une lettre et d'un mémoire de M. Bonhoure, D.-M., accoucheur. D'après M. le rapporteur, les remarques de M. Bonhoure et les dessins qui les accompagnent ne prouvent rien ; et il propose, en conséquence, l'ordre du jour, qui est adopté sans discussion.

— M. Gimelle, en son nom et au nom de M. Poirson, fait un rapport sur une observation intitulée : Énorme tumeur sub-linguale et sous-maxillaire, extirpée avec succès, par M. Cattin de Noyer, D.-M., à La Chapelle-Blanche (Indre-et-Loire).

Le sujet de cette observation est un homme de 47 ans, qui s'aperçut, pour la première fois, il y a au moins vingt ans, qu'il portait une tumeur, du volume d'un pois, au-dessous de la branche gauche de la mâchoire inférieure, à la réunion du tiers postérieur avec le tiers moyen de cet os. Elle était mobile sous la peau et tout à fait indolente. Pendant l'espace de huit ans, cette tumeur acquit le volume d'un petit œuf de poule ; elle refoulait les parties molles en haut et en arrière, et gênait un peu la déglutition. Le volume de la tumeur et la gêne qu'elle occasionnait ont été en augmentant jusqu'à l'époque de l'opération ; et, depuis six mois, elle était le siége de douleurs lancinantes. Plusieurs médecins du pays avaient persuadé au malade qu'il n'y avait pas d'opération praticable ; et ce ne fut qu'avec la plus grande peine que M. Cattin le décida à se faire opérer, le 6 juin 1835.

Partant de la symphyse du menton, la tumeur descendit alors jusqu'à un demi pouce du cartilage thyroïde ; à six lignes de l'angle de la mâchoire, elle adhérait fortement aux deux faces de l'os ; en haut elle était bordée par la langue, et, du côté gauche, elle s'étendait jusqu'au pilier du voile du palais. Chaque pulsation de la carotide communiquait à la tumeur un mouvement de totalité bien marqué.

M. Cattin pratiqua une incision longitudinale sur le grand diamètre de la tumeur, à partir de l'apophyse géni jusqu'à un demi-pouce du cartilage thyroïde. Il pensait qu'après la première incision faite, il pourrait détacher cette tumeur des tissus voisins au moyen du doigt, et la retirer par une énucléation ; mais les adhérences, qu'elle avait contractées, rendirent cette pratique impossible, et il fut dans la nécessité de la disséquer en entier. Il lia les petits vaisseaux à mesure qu'il les coupait. La dissection mit à découvert le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, une grande partie des autres muscles du cou, l'artère carotide, la veine jugulaire, qui fut liée en deux points

différens, dans la crainte qu'elle ne fût déchirée, en la séparant de la tumeur qui l'embrassait étroitement. Les artères sous-maxillaire et thyroïdienne moyenne furent liées, et un tiers de la glande sous maxillaire fut enlevé.

Après l'opération, le malade éprouva pendant quatre jours des douleurs fortes du côté de l'oreille, ainsi que dans la partie voisine de la solution de continuité. Il ne survint qu'un léger mouvement fébrile qui ne nécessita pas même la saignée. Dix jours après l'opération, le malade reprit ses travaux des champs, quoique la plaie fournît encore un peu de suppuration, entretenue par une ligature qui n'est tombée que le trentième jour.

Cette observation, dit M. le rapporteur, ne présente rien de remarquable sous le rapport scientifique. Tous les jours, les chirurgiens des hôpitaux, les praticiens des villes, enlèvent avec succès des tumeurs, dont le diagnostic est plus difficile, la position plus délicate et l'opération entourée de plus de dangers. Mais, si l'observation de M. Cattin laisse beaucoup à désirer sous les rapports de la rédaction, de la circonscription de la tumeur, des symptômes qu'elle déterminait, des organes dont elle gênait les fonctions, nous pensons néanmoins qu'il mérite des éloges pour avoir pratiqué une opération que plusieurs de ses confrères, dans le même pays, avaient jugée impraticable, et pour avoir débarrassé son malade d'une tumeur, qui gênait considérablement la déglutition, qui était le siége de douleurs violentes, et qui, plus tard, pouvait compromettre son existence.

Nous avons, en conséquence, l'honneur de vous proser de déposer ce manuscrit aux archives, et de remercier l'auteur de cette communication.

Adopté, après une courte discussion qui ne présente rien de nouveau.

— M. Henry fait, en son nom et au nom de MM. Orfila et Bouley jeune, un rapport sur un mémoire intitulé : Nouvelles expériences sur le tritoxide de fer hydraté (hydrate ferrique), considéré comme contre-poison de l'acide arsénieux ; par MM. Bischoff et Levrat de Lausane.

M. le rapporteur pense qu'on ne peut tirer aucune conclusion de ce mémoire, et propose des remercîmens à l'auteur.

Adopté sans discussion.

(*Extrait des Archiv. génér. de Méd.*)

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE PARIS.

—

Inflammation du diaphragme. — Hypertrophie musculaire. — Pleurésie intermittente. — Étranglement interne. — Hernies étranglées réduites par le taxis répété. — Ventouses dans la hernie étranglée.

M. Fauverge communique une observation intitulée : *Diaphragmatie chez une femme enceinte accompagnée d'accès convulsifs, suivis de la mort du fœtus, dont l'explosion a nécessité l'emploi du seigle ergoté.*

Une vive discussion s'élève sur la réalité de l'inflammation du diaphragme, dans ce cas.

M. Forget dit que dans l'état actuel de la science, il n'y a pas de signes positifs qui indiquent l'inflammation du diaphragme, et propose de former le titre en termes dubitatifs.

M. Sabatier pense qu'il y aurait plus de probabilités pour la diaphragmatie, si la femme eût été rhumatisante antérieurement, ce qui n'était pas.

M. Téallier fait observer que les convulsions doivent plutôt être rattachées à l'affection utérine qui les provoque souvent, qu'à une inflammation musculaire dans laquelle elles sont rares. La mort de l'enfant ajoute à la probabilité de la lésion utérine.

M. Fauverge persiste dans son diagnostic, vu l'état d'angoisse tout à fait caractéristique, selon lui, de l'inflammation du diaphragme.

La société décide que l'observation communiquée par M. Fauverge, sera imprimée dans le recueil de ses travaux.

M. Maingault rapporte l'observation d'une *hypertrophie du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien* du côté droit chez un relieur-doreur, que ses occupations obligent à tenir longtemps la tête tournée à gauche ; il n'y a pas de contracture habituelle, ni de déviation permanente de la tête ; le muscle plus volumineux dans l'état du repos que celui du côté opposé, forme en se contractant sous l'influence de la volonté, une corde ronde et volumineuse. M. Maingault ignore si cet état est congénial ou accidentel.

M. Gasc : Les hypertrophies musculaires partielles ne sont pas rares : chez une personne dont les habitudes ne pouvaient expliquer cette particularité, un des membres pelviens offrait un volume d'un tiers plus considérable que l'autre, sans qu'il en résultât néanmoins aucune incommodité. Cependant, cet état du membre fut pris pour un accident morbide contre lequel on conseilla les eaux de Barèges, que la malade alla prendre, sans succès, bien entendu.

M. Chailly a observé la même disproportion des membres pelviens chez un maître d'escrime. Mais, dans ce cas, l'hypertrophie trouvait son application dans l'exercice plus fréquent de certains muscles.

M. Burdin a vu le même résultat chez une demoiselle qui avait l'habitude de danser sur la jambe droite; l'uniformité de volume des jambes fut rétablie par le même exercice imposé à la jambe gauche.

M. Téallier appelle l'attention de la Société sur les *pleurésies* qui règnent en assez grand nombre à Paris depuis quelques semaines. A cette occasion, il rapporte une observation de pleurésie *intermittente*. Voici le fait : Une dame d'une trentaine d'années fut prise de tous les accidens qui caractérisent une pleurésie aiguë, qui fut combattue le 1er et le 2e jour par deux saignées de bras et une application de 15 sangsues sur le point douloureux. Le 3e jour M. Téallier constata que tous les symptômes présentaient une rémission tout à fait remarqua-

ble. La respiration était libre ; pas de toux, très-peu de fièvre. Ce même jour, au soir, la malade ressentit un frisson violent : le point de côté reparut avec intensité; fièvre accompagnée de délire. Une 3e saignée n'amena aucune amélioration. Prenant en considération le caractère intermittent de la maladie et l'efficacité des saignées, M. Téallier administra douze grains de sulfate de quinine dans la matinée du 4e jour. L'accès fut presque nul le soir. Les jours suivans, le sulfate de quinine fut continué et l'accès ne reparut pas.

M. Sandras : C'est une question fort litigieuse que celle de savoir s'il y a des pleurésies intermittentes. Pour la résoudre affirmativement, il faut tenir compte non-seulement de l'oppression, du point de côté et de la fièvre, mais encore de l'épanchement qui se fait dans la plèvre. M. Sandras croit donc devoir adresser à l'auteur de l'observation les deux questions suivantes : 1° La malade respirait-elle librement pendant l'intermittence? 2° L'épanchement disparaissait-il pendant l'intermittence ?

M. Téallier répond sur le premier point que l'oppression, le point de côté et la fièvre disparaissaient à peu près complétement dans l'intervalle des accès. Quant à l'épanchement pleurétique, il a toujours existé depuis le 3e jour jusqu'au 6e. Jamais il n'a assez rempli la cavité pleurale pour qu'on ait cessé d'entendre l'égophonie.

M. Prus fait remarquer que l'épanchement pleurétique n'existant pas dans tous les cas de pleurésie, que cet épanchement pouvant persister pendant un temps plus ou moins long après la cessation de l'inflammation qui l'a produit, on ne peut trouver là la solution de la question.

M. Sandras insiste sur l'utilité, pour le praticien, de bien distinguer un épanchement pleurétique, suite d'une fièvre intermittente, d'un épanchement dû à une pleurésie ordinaire.

M. Delens partage entièrement l'avis de M. Sandras à cet égard. Quand un malade a subi l'influence des causes des fièvres intermittentes, l'irritation, la congestion, l'inflammation de la plèvre ou de tout autre organe ne font qu'un effet qui disparaît avec la fièvre par l'action des anti-périodiques.

Etranglement interne. — M. Sabatier entretient la Société d'un Polonais qui a eu il y a quelques mois une maladie vénérienne pour laquelle on lui a administré les mercuriaux à haute dose. Il en résulta un gonflement considérable des gencives et une inflammation intestinale accompagnée de constipation ; celle-ci fut combattue par dix prises de coloquinte contenant chacune un grain et demi. Le malade eut de vives coliques, mais il n'obtint pas de selles. Le lendemain, il fit une course à cheval et le soir il prit 24 grains de coloquinte qui ne déterminèrent que des vomissemens. M. Sabatier le vit le lendemain pour la première fois ; le malade se plaignait alors d'un frisson violent avec claquement des dents ; vomissemens d'abord bilieux et ensuite porracés, exhalant une odeur stercorale. Un examen attentif apprit que le malade n'avait pas de hernie, mais M. Sabatier trouva, un peu au-dessus de l'ombilic, une petite tumeur assez bien circonscrite, qu'il crut devoir rapporter à un étranglement interne. Il fit administrer un lavement purgatif énergique qui resta sans effet. L'état du malade s'aggravant, M. Sabatier appela en consultation M. Fouquier qui prescrivit de l'eau de Sedlitz. Pas de garde-robes, plus de vomissemens. Un second lavement purgatif amena enfin de selles noirâtres très-abondantes, et par suite un grand soulagement. On continua les jours suivans l'usage de l'eau de Sedlitz qui suffit pour prévenir de nouveaux accidens. M. Sabatier ajoute, en finissant, que dans le début il n'avait pas négligé d'avoir recours à des applications de sangsues, à des bains émolliens, etc.

M. Sandras reconnaît bien dans l'observation de M. Sabatier les signes d'un obstacle intérieur, mais il croit que cet obstacle était un bouchon constitué par des matières endurcies. Il est disposé à rapporter les accidens plutôt à cette cause qu'à une invagination ou à un étranglement interne.

M. Sabatier réplique que la main ne rencontrait pas un marron, comme dans la constipation. La tumeur, légèrement rénitente, n'offrait que la dureté d'un paquet intestinal. Au reste, le diagnostic de M. Sabatier a été aussi celui de M. Fouquier.

M. Burdin demande si la véritable cause des accidens ne serait pas l'ingestion d'abord de 15 et ensuite de 24 grains de coloquinte. Il a vu souvent des purgatifs actifs ne pas déterminer de selles lorsque l'intestin était enflammé. Dans ce cas, l'eau de veau ou toute autre boisson analogue est un puissant purgatif.

M. Sabatier répond que ce que son observation lui paraît offrir de plus intéressant, c'est le succès des purgatifs énergiques administrés chez un homme qui avait des vomissemens, des coliques violentes et presque tous les symptômes d'une gastro-entérite, tandis que les antiphlogistiques et les émolliens n'avaient pas pu modérer les accidens.

M. Meslier demande la parole pour communiquer deux faits qui l'ont vivement frappé. Il est de précepte général, dit cet honorable praticien, d'opérer promptement une hernie étranglée. C'est surtout à Scarpa que l'on doit l'établissement de cette règle. Mais depuis quelques années, les idées tendent à se modifier, et à la suite des craintes redoutables de l'étranglement a succédé celle non moins vive des inconvéniens d'un trop grand empressement à livrer les malades aux chances d'une opération dangereuse. Cette réaction est-elle un bien? est-elle un mal? C'est à l'expérience à prononcer.

Un homme de 36 ans, d'une constitution robuste, portait habituellement un bandage pour contenir une hernie inguinale. En faisant un effort violent pour soulever un ballot de marchandises, il détermina la sortie de la hernie. La douleur n'étant pas très-vive, il n'y fit pas une grande attention ; il fit même une course en cabriolet ; mais en rentrant chez lui, vers 10 heures du matin, il éprouva des douleurs assez fortes. Appelé à

huit heures du soir, M. Meslier reconnut facilement tous les symptômes d'une hernie étranglée. Une large saignée fut pratiquée; des sangsues furent appliquées sur la tumeur. L'étranglement persistant, on envoya chercher M. Sanson. L'appareil nécessaire pour l'opération fut préparé. Cependant le malade fut mis au bain, et on lui pratiqua une saignée qu'on laissa couler jusqu'à la syncope. M. Sanson pressa alors fortement et méthodiquement la tumeur; on crut entendre un léger bruit annonçant le déplacement de gaz contenu dans l'anse intestinale comprimée. La pression pratiquée tantôt par M. Sanson, tantôt par M. Meslier, fut continuée avec persévérance, pendant très-longtemps, et fut enfin suivie de la réduction de la hernie.

Une dame de soixante-dix ans, qui n'avait jamais eu de hernie, mais qui était d'une faible constitution et sujette à des affections catarrhales, fut atteinte d'une pneumonie. Un matin, à la suite d'une toux violente, elle eut une secousse de vomissement. A l'instant apparut à l'aîne une petite tumeur qui n'était autre chose qu'une hernie crurale. La tumeur était pâteuse, indolente et ne donnait qu'un son mat à la percussion. Elle était probablement formée par l'épiploon. M. Guersent fils, chirurgien ordinaire de la malade, fut appelé; des sangsues furent appliquées; la malade fut mise au bain dans lequel elle éprouva une syncope. La pression, pratiquée comme il a été dit ci-dessus, diminua peu à peu la tumeur qui disparut enfin.

Voilà deux cas, ajoute M. Meslier, pour lesquels, il y a deux ans, tous les bons chirurgiens auraient conseillé l'opération qu'on a fort bien fait de ne pas pratiquer, comme l'événement l'a prouvé.

M. Collineau fait remarquer que pour que ce traitement réussisse, la syncope est nécessaire. Or, il n'est pas toujours facile d'obtenir une syncope. Il comprend, d'ailleurs, très-bien l'effet d'une pression douce et prolongée, laquelle agit pour la réduction de la hernie comme pour la réduction du paraphymosis. M. Teallier ajoute qu'il ne faut pas craindre de prolonger le taxis pendant une heure, même pendant deux heures et plus.

M. Sabatier : La question qui occupe la société est une question extrêmement importante et sur laquelle existent parmi les personnes instruites, deux avis opposés. Les partisans de l'opération faite de bonne heure, soutiennent qu'on ne peut jamais affirmer que l'étranglement n'existe pas au collet du sac; ils citent des cas où la gangrène a suivi de près l'étranglement, au bout de dix-huit heures, par exemple; ils redoutent beaucoup moins les suites de l'opération, lorsque celle-ci est pratiquée assez tôt pour qu'on soit certain que l'intestin est dans un état à peu près normal. Ces considérations ne manquent certes pas de forces et elles doivent empêcher de prolonger le *taxis* au delà de certaines limites.

Une nouvelle méthode de traitement, encore peu connue en France, paraît présenter tous les avantages du *taxis* sans en avoir les inconvéniens. Le docteur Khoëller, chirurgien en chef de l'hôpital des Juifs à Varsovie, a obtenu vingt-deux guérisons de hernies étranglées à l'aide de ventouses appliquées sur la tumeur.

M. Mérat conçoit bien que la ventouse augmente le volume de la hernie; mais il ne conçoit pas que ce soit là une manière d'en opérer la réduction.

M. Sabatier répond qu'une des principales causes qui s'opposent à la réduction de la hernie, ce sont les bourrelets qui se forment en avant et en arrière du point étranglé. Au moyen de la ventouse, vous provoquez la sortie du bourrelet interne. L'intestin reprend sa forme ordinaire et la réduction de la hernie devient facile.

Dans le cas où le volume de la tumeur est trop considérable pour que celle-ci puisse être entièrement englobée sous la ventouse, il faut, avec la main, agir dans le sens de la ventouse appliquée, afin de dégager l'intestin et de rompre ses rapports.

M. Meslier: Une des objections adressées au taxis prolongé, c'est que dans le cas même où il réussit, on a toujours à craindre un étranglement interne. Cette crainte ne doit pas être poussée trop loin. On ne connaît encore dans la science qu'un bien petit nombre de faits de ce genre, bien constatés. Le plus remarquable, sans contredit, est celui où notre collègue, M. Sanson, guidé par l'anneau inguinal, est allé chercher dans l'abdomen un étranglement interne qu'il a détruit. C'est un des beaux faits de la chirurgie moderne.

M. Tanchou a vu deux cas d'étranglement interne dû à la réduction de la hernie en masse. Dans un de ces cas, le *taxis* avait été pratiqué par M. Guerbois. Un traitement antiphlogistique très-énergique ne put prévenir la mort. A l'ouverture du cadavre, on reconnut que l'intestin étranglé avait été refoulé dans la fosse iliaque et sous le péritoine. Dans le second cas, la nécrospie n'a pas été pratiquée. (*Revue Méd.*)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Séance du 1er *mars* 1836.

M Scipion Pinel, médecin surveillant des aliénés de l'hospice de la vieillesse (femmes) à Paris, écrit à la société pour l'informer qu'il publie en ce moment un ouvrage dont les deux premières parties sont relatives à la question mise au concours en 1834, intitulé : *Traité complet du régime sanitaire des aliénés, ou manuel des établissemens qui leur sont consacrés,* et offre de faire hommage d'un exemplaire s'il s'agissait de mettre quelque projet à exécution.

Le bureau est chargé de répondre à M. Scipion Pinel, conformément aux intentions exprimées dans sa lettre.

M. de Coninck, professeur agrégé à l'université de Gand, élu membre correspondant dans une des précédentes séances, accuse réception de son diplôme.

M. le docteur Ratier fait hommage de 50 exemplaires d'un prospectus sur l'*Ecole préparatoire de médecine*

dont il est le fondateur, pour être distribués aux membres de la société.

M. Naeghels, au nom d'une commission lit, un rapport sur un ouvrage présenté par M. le docteur Bureaud-Rioffrey, sur l'*Education physique des jeunes filles, ou hygiène de la femme avant le mariage.* — M. Bureaud-Rioffrey est élu à l'unanimité membre correspondant.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Séance du 1er *décembre* 1835.

M. De Bast, lit au nom d'une commission, un rapport sur une note présentée par M. Bauwens au sujet d'une *nouvelle préparation de l'acétate de plomb liquide.*

M. Colson communique l'extrait d'un rapport fait à M. l'inspecteur du service de santé de l'armée au sujet de l'*épidémie dysentérique* qui a régné à l'hôpital militaire de Gand.

M. De Langhe, de Waesmunster, présente une *observation de rupture de matrice.*

M. Guislain lit une note intitulée : *Fait nouveau constatant la gangrène des poumons dans l'aliénation mentale.* (Nous en donnerons l'analyse dans le prochain numéro).

Séance du 5 *janvier* 1836.

M. le docteur Gouzée, médecin principal à Anvers, adresse un mémoire ayant pour titre : *Réflexions sur l'emploi du chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes.* (Voir la *Revue médicale*).

M. Guislain présente une brochure italienne traitant de la découverte d'un nouveau procédé pour la conservation des cadavres, par Gerolamo Segato.

M. le docteur Verschraegen, d'Exaerde, présente une *observation d'un bouton malin guéri par les toniques.*

M. Goethals fait un rapport sur un travail de M. Colson, au sujet de l'emploi du *chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes.*

M. Burggraeve donne lecture d'un mémoire sur les *calculs enchâtonnés.*

(*Extrait du Bulletin de la société de médecine de Gand*).

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

BRIERRE DE BOISMONT. Indiquer l'exposition, l'emplacement, la distribution, la direction matérielle, hygiénique et médicale, les plus convenables pour l'établissement d'un hospice d'aliénés Mémoire couronné par la société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 45

Rapport fait à la Société sur les mémoires envoyés au concours sur la question qui précède. 67

LITTÉRATURE MÉDICALE.

De la structure et des maladies de la conjonctive, avec des considérations particulières sur l'ophthalmie contagieuse, par BURKARD EBLE, traduit de l'allemand par ED. DE LOSEN DE SELTENHOHOFF. (Analyse.) 71

Sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge. Commentaire du mémoire de M. Jungken sur le même sujet, par le Dr B. Eble. (Analyse, par le Dr Canstatt). 75

Le règne végétal, disposé en tableaux méthodiques, par M. Sheidweiler. 78

Manuel complet d'hygiène; par Briand. *ib.*

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*Clinique de M. Lisfranc.*) Traitement des tumeurs blanches à l'état chronique. — De la compression. 77

COLLÉGE DE FRANCE. (*Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.*) 79, 81, 89, 90, 91, 96.

DEVERGIE. Médecine légale théorique et pratique. 81

HÔTEL-DIEU. (*M. Chomel professeur.*) Hémorrhagie utérine survenue sous l'influence de chagrins violens; métrite; traitement antiphlogistique; guérison. 83

» Névralgie sciatique, symptômes d'une affection abdominale. 84

» Érysipèle de la face; marche irrégulière. *ib.*

ÉCOLE ANATOMIQUE DES HÔPITAUX. (*Cours d'anatomie générale de M. Serres.*) Loi de formation des éminences osseuses et des cavités articulaires. — Application à la pathologie externe. 85, 97.

PATHOLOGIE EXTERNE. (*Cours de M. Andral.*) Leçons sur les maladies des centres nerveux. 86

HÔPITAL DE L'ÉCOLE. (*Clinique de M. Rostan.*) Effets avantageux du séton dans quelques affections chroniques graves de la poitrine; dangers des saignées abondantes longtemps après le début de la pneumonie. 91

HÔPITAL DE L'ÉCOLE. (*Clinique de M. Cloquet.*) Kyste purulent du sinus maxillaire; opération; guérison. 93

HÔPITAL DES ENFANS MALADES. (*Service de M. Baudelocque.*) Fièvres typhoïdes traitées par la diète et les boissons délayantes. 94

HÔTEL-DIEU. (*Clinique de M. Roux.*) Cathétérisme forcé; gangrène consécutive du scrotum et de la verge. 95

CLINIQUE DE LA VILLE. (*Pratique de M. Civiale*) Modification apportée au percuteur de M. Heurteloup. Lithotritie pratiquée avec succès en 13 séances de courte durée. 100

HÔPITAL DE L'ÉCOLE. (*Clinique de M. Cloquet.*) Affection maligne et anomale du bras. Réflexions pratiques. 102

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

FUSTER. Des saignées répétées dans le début des maladies aiguës. 73

BOINET. De la compression médiate des veines variqueuses au-dessus du lieu malade; procédé de M. Breschet, modifié et appliqué par M. Sanson, comme méthode générale au traitement des varices. 76

AMUSSAT. Du spasme de l'urètre, et des obstacles véritables que l'on peut rencontrer en introduisant des instrumens dans ce canal. 80

CONSTANT (T.) Revue clinique de l'hôpital des enfans malades pendant le dernier trimestre de 1835. 85

I. Dysentérie épidémique, 86. — II. Fièvres typhoïdes, 87. — III. Coqueluches simples et compliquées; emploi de la belladone; indications et contre indications, 89. — IV. Cas rares; anévrysme de l'aorte abdominale. — Tumeur cancéreuse de l'abdomen. — Acéphalocyste de l'encéphale. 90

MAGISTEL. Quelques remarques sur la saignée. 91

Autopsie de la tête de Fieschi. 100

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

VIDAL (DE CASSIS). Note sur les cathéters, les sondes, et sur le cathétérisme simple. 4

MONDIÈRE (J. T.) Observations de médecine pratique.

I. Anthrax, 45. — II. Brûlure, emploi de coton écru. 46. — III. Abcès à l'anus, 47. — IV. Anasaaque active. 48

DUFRESSE. Du varicocèle, et de son traitement par l'étranglement des veines. 50

GUESNARD. Observation d'acéphalocystes développées dans les os du crâne. 55

BULLETIN CLINIQUE.

HÔPITAL CLINIQUE DE LA FACULTÉ. (*Service de M. le professeur Rostan.*) 17
I. Entéro-colite. — Fièvre typhoïde légère. — Guérison, *ib.* — II. Bronchite capillaire. — Fièvre typhoïde grave. — Guérison, 18. — III. Fièvre typhoïde. — Hémorrhagie intestinale. — Mort. 19
HÔTEL-DIEU. (*Service de M. le professeur Chomel.*) Enclavement de l'utérus et rétrécissement du rectum. 20
HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*Service de M. Louis.*) I. Chorée, 21. — II. Colite, 22. — III. Colite et pleurodynie, *ib.*
Service de M. le professeur Dubois. 23

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

KREBEL. Considérations pratiques sur le scorbut. 17
MARX. Encore un mot sur la trachéotomie. 18
VÉE. De l'emploi médical des sirops, et des falsifications dont ces médicamens sont l'objet. 20

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Recherches sur les complications de la rougeole. 23
CABISSOL. Du coton cardé dans l'érysipèle, observations recueillies dans le service de M. Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine. 27

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

GOLFIN. Sur une maladie composée d'une paralysie de la langue, d'un embarras gastrique, d'une pleurésie et d'une fièvre intermittente double tierce, suivie de quelques considérations sur les paralysies en général, et sur la paralysie gastrique en particulier. 27
GOUZÉE. Recherches sur les propriétés fébrifuges du chlorure d'oxide de sodium. 35
CHAILLY. Note sur la cure des ganglions anciens par la ponction, l'évacuation du liquide qu'ils contiennent, et la compression. 40
LEMOINE. Observation d'une angio-leucite, traitée inutilement par les émissions sanguines, guérie par la compression. 41

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

GERDY. Mémoire sur l'état matériel ou anatomique des os malades. 33
MARC D'ESPINE. Recherches analytiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée. 43
COLLINY. Quelques observations de maladies de la moelle épinière et de ses membranes, de *purpura hemorrhagica* et de cancer du foie. 50

ARCHIVES DE LA MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE.

STARKE. Quelques remarques sur plusieurs moyens éprouvés de la phapmacopée homœopathique. 21
GACHASSIN. Quelques considérations sur l'axiôme homœopathique, suivies de plusieurs observations de névralgie sciatique. 25
TRINKS. Considérations sur l'état présent de l'homœopathie en Allemagne. 27
SEITHER. Observation pratique. 29

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

SIMON. L'admission des différentes diathèses des anciens est d'une haute importance en thérapeutique. 31
RENAUD. Réflexions et observations pratiques sur l'emploi des purgatifs dans le traitement des fièvres typhoïdes. 33
REVEILLÉ-PARISE. De l'emploi du suc de la racine de sureau dans les hydropisies. 36
ROGNETTA. Un mot sur la transfusion du sang et les cas où l'on pourrait la tenter. 38
De l'efficacité des injections de nitrate d'argent dans les écoulemens anciens de l'urètre. 41
MARTIN-SOLON ET SOUBEIRAN. Note sur la préparation et les effets des extraits des solanées contenant la fécule verte. *ib.*
Phlegmon oculaire. 43

JOURNAL DE PHARMACIE.

BOUCHARDAT. Analyse de calculs sur un calcul formé d'oxalate, de carbonate de chaux et de matière animale ayant de l'analogie avec la matière colorante du sang. 27
BERZÉLIUS. Sur les pierres météoriques. *ib.*
VIREY. Note sur les pierres météoriques et leur origine. 33
SOCIÉTÉ DE PHARMACIE. Séance du 6 janvier 1836. 35

JOURNAUX DE MÉDECINE ÉTRANGERS.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

MARSHALL HALL. Leçon sur le système nerveux. 89
BRODIE. Leçon sur les fistules du périnée. 97
MARSHALL HALL. Observation d'une contraction extraordinaire des valvules aortiques et auriculo-ventriculaire des cavités gauches du cœur. 99
PARRY. Cas remarquable d'un anévrysme variqueux. 100

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Guérison du tétanos. 102
KENNEDY. Sur le traitement de l'ophthalmie des enfans nouveau-nés. *ib.*
GRAVES. Sur l'emploi du chlorure de sodium dans les fièvres. 103
STELLING. Ostéo-sarcôme des deux mâchoires. *ib.*
OSBORNE. Recherches sur les effets du froid et du climat. 105
FYERMAN. Plaie désespérée du cou. 107
HOHL. Sur les signes de la grossesse, fournis par l'auscultation. 108
Observation d'une altération remarquable du sang. 114

BRITISH AND FOREIGN MEDICAL REVIEW.

TIEDEMANN. Recherches expérimentales sur l'exhalation pulmonaire. 116
CHIAPPA. Observation intéressante. *ib.*
CORNELIANI. Expériences et observations sur l'action de la créosote. 118
HERON. Sur le traitement de la punaisie. *ib.*
WARREN. Sur l'introduction de l'air dans les veines. *ib.*

HUFELAND'S U. OSANN'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE.

KRIMER. Acétate de plomb, employé dans les hémorrhagies. 119
» Carburé de soufre dans l'asphyxie par la vapeur de houille. *ib.*
» Carbure de soufre dans le traitement des tumeurs froides. 120

WUERTEMBERGISCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZBLATT.

HEYFELDER. Observations sur la rage des renards. 121
MOESNER. Observations sur l'hydrophobie. *ib.*

MEDIZINISCHE JAHRBUECHER DES OESTERREICHISCHEN STAATES.

LIPPICH. Inflammation malaxique des parois des ventricules du cerveau. 123

TIEDEMANN U. TREVIRANUS, ZEITSCHRIFT FUER PHYSIOLOGIE.

ARNOLD. Sur la structure des cartilages et des os dans l'homme. 127

GERSON U. JULIUS, MAGAZIN DER AUSLAENDISCHEN LITERATUR.

TTSCHETIRKIN. Sur la peste dans l'armée du Caucase en 1828 et 1829. 129

RADIUS UND CLARUS, BEITRAEGE ZUR PRACTISCHEN HEILKUNDE.

KUHL. Observation d'anévrysmes de la tête, guéris au moyen de la ligature des artères carotides primitives droite et gauche. 131
Observation d'un lipôme squirrheux qui couvrait et comprimait la trachée-artère. *ib.*
Observation de symptômes d'une légère intoxication produite par l'usage des harengs. *ib.*

OSSERVATORE MEDICO DI NAPOLI. ANTOLOGIA MEDICA.

CHIAJE. Sur l'existence d'un entozoaire, appelé *Polystoma sanguicola*, dans le sang humain. 135
Traitement de la morsure de la vipère. *ib.*

GEIGER, ETC. ANNALEN DER PHARMACIE.

BILTZ. L'Asparagine dans l'extrait de belladone. 133
Comparaison des poids médicinaux dans divers pays. *ib.*
Observation d'un *Asthma arthriticum*. *ib.*
Guérison de l'ascite. 134

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

LÉON MARCHANT. Esquisses sur l'étude et les causes des grandes épidémies. 37
LALLEMAND. Des pertes séminales involontaires. *ib.*
Nouveau procédé pour la conservation des cadavres. 38
CLARK. Traité de la consomption pulmonaire, etc., traduit de l'anglais par M. le Dr Lebeau. 39
KUHNHOLTZ. Des caractères et des conditions de la viabilité. *ib.*
CARSWELL. Illustrations of the Elementary Forms of Disease. (Iconographie sur les formes élémentaires des maladies). 40
CORNAC. Exposition de la nature du traitement et de la prophylaxie de la fièvre continue. 43
Encyclopédie anglaise de la médecine pratique. *ib.*
JOHNSTONE. Aperçu de la matière médicale. *ib.*
Almanach médical anglais, avec supplément. *ib.*
L'encyclopédie américaine de la médecine et de la chirurgie pratiques. *ib.*
BENE (F.) Élémens de médecine pratique. 44

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale de médecine. 45
Société de médecine de Paris. 47
Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 49
Société de médecine de Gand. *ib.*